FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 784

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René HUMM

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 10 juin 1929, à Dijon (Côte d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 1962

ETUDE D'UNE SERIE DE 61 CANCERS DU COLON DROIT

Président : M. REDON, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux. 29
PARIS — 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : HUMM

Prénom : RENÉ

Date de soutenance : 26 juin 1962

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

HUMM (RENÉ) — Etude d'une série de 61 cancers du côlon droit. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 72 *p.*

(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).

HUMM (RENÉ) — Etude d'une série de 61 cancers du côlon droit. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 72 *p.*

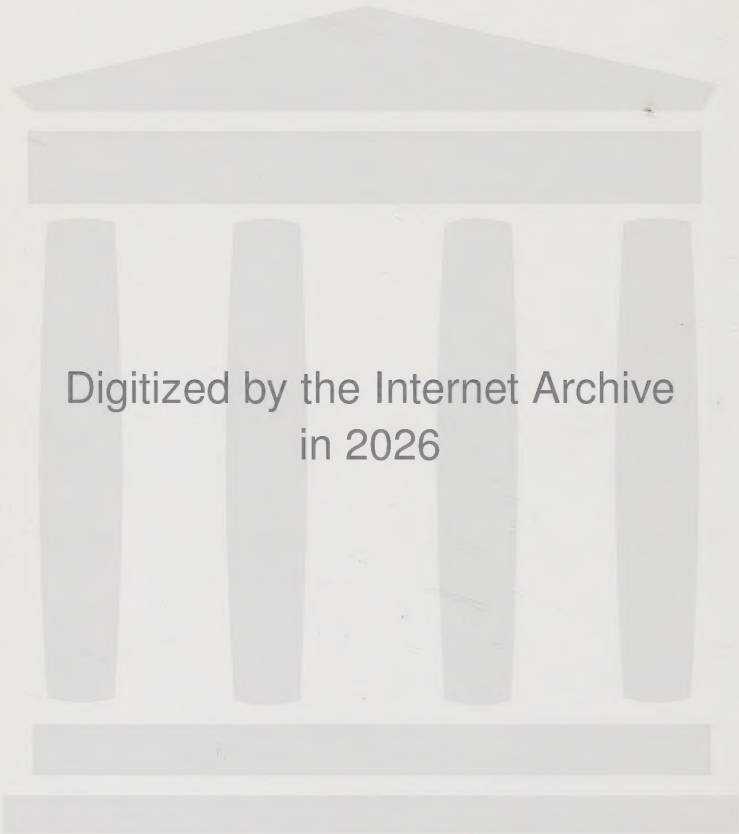
(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).

HUMM (RENÉ) — Etude d'une série de 61 cancers du côlon droit. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 72 *p.*

(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).

HUMM (RENÉ) — Etude d'une série de 61 cancers du côlon droit. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 72 *p.*

(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0046

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René HUMM

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 10 juin 1929, à Dijon (Côte d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 1962

ETUDE D'UNE SERIE DE 61 CANCERS DU COLON DROIT

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. REDON, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) . . . . Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) . . . . . Mouquin (M.)
Cliniques chirurgicales :
Beaujon : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) . . . . . Fèvre (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin) Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . . Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) . . Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) . . . . . Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) . Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca) . . . . . Funck-Brentano (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis) Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) . . . . . Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) . . . . Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) . . . . Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) Castaigne (P.)
Cliniques médicales :
Boucicaut : Lenègre (J.) — *Broussais* : Soulié (P.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.) ; Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) . . . . . Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) . . . . Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) . . . . . Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . . . David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) . . . . . Garcin (R.)
Cliniques obstétricales :
Baudelocque : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) . . . . . Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) . . . . . Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) . . . . Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) . . . . . Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . . Lemaire (A.)
Clinique toxicologique . . . . . Gaultier (M.)
Clinique traumatologique . . . . . Padovani (P.)
Séméiologie médicale . . . . . Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales . . . . . Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker) . . . . . Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine . . . . . Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.).

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* ; MM. Abelanet (R.); Busser (F.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.); Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jérome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B.).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mlle Corre-Hurst (L.); M. Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.); Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Derobert (L.), *pr. s. ch.* ; Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cauchoix (J.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Lévêque (B.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.); Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y.); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Joseph (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.); Durand (J.); Girard, *m. conf.* ; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.* ; Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.*; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A Monsieur le Professeur Henri REDON

Professeur de la Chaire de Clinique de Carcinologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Alain MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre plus vive reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Docteur CHARRIER

Monsieur le Docteur CLÉMENT

Monsieur le Professeur KOURILSKY

Monsieur le Docteur TANRET

Monsieur le Professeur agrégé CATINAT

Monsieur le Professeur DEGOS

Monsieur le Professeur DEBRÉ

Internat de la Région de Paris :

Monsieur le Docteur FAUVET

Externat en premier :

Monsieur le Docteur HUET

Monsieur le Docteur MONOD-BROCA

Monsieur le Professeur OLIVIER

Internat :

Monsieur le Docteur CHIGOT

Monsieur le Docteur GUEULLETTE

Monsieur le Professeur CAUCHOIX

Monsieur le Professeur REDON

Monsieur le Docteur MIALARET

Monsieur le Professeur RUDLER

Monsieur le Professeur HUGUIER

Monsieur le Docteur MOUCHET

Monsieur le Professeur agrégé KÜSS

INTRODUCTION

Depuis le rapport d'Okinczyc et Abadie, en 1922, au *XXXI*e *Congrès de Chirurgie,* l'hémicolectomie droite est devenue l'intervention classique, applicable aux cancers du côlon droit. Monsieur le Professeur Jean Gosset préconisait, dans sa thèse en 1933, de la faire le plus souvent en deux temps. Il est devenu banal de dire que depuis la deuxième guerre mondiale l'apparition des antibiotiques, les possibilités de l'anesthésie et de la réanimation ont permis d'étendre de plus en plus les indications de la chirurgie colique en un temps.

Parmi les travaux français récents, il faut insister sur la thèse de Jean Bienaymé, inspirée par Monsieur le Professeur Jean Quénu, en 1956. A propos d'une série de 82 cas, l'auteur expose la plupart des problèmes cliniques et thérapeutiques que soulève l'étude du cancer du côlon droit.

Notre propos est modeste ; il est d'analyser la série de 61 observations représentant la totalité des cas hospitalisés au Centre Médico-Chirurgical Foch, de 1952 à 1961, ou suivis dans la clientèle privée de notre Maître, le Docteur Alain Mouchet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — LE SIÈGE DE LA TUMEUR

Il a été précisé d'après les données radiologiques et le compte rendu opératoire.

Nous relevons la répartition suivante sur nos 61 cas :

— Cæcum	20 cas
— Juxta-valvulaire	4 »
— Ascendant	20 »
— Angle droit	12 »
— Transverse droit	4 »

De plus, un malade présentait une double localisation simultanée : cæcum et transverse droit.

Cette répartition appelle plusieurs remarques :

1° Dans ses définitions tout d'abord :

Etant entendu que :

« Le cæcum est la partie du gros intestin située au-dessous d'un plan transversal, tangent au bord inférieur de l'orifice qui met en communication l'intestin grêle avec le gros intestin » (ROUVIÈRE),

il est devenu habituel de décrire à part, sous le terme de cæco-valvulaires ou juxta-valvulaires, les tumeurs qui siègent ou qui prédominent sur la valvule de Bauhin ou à son voisinage immédiat.

Le terme du côlon ascendant n'appelle pas de commentaires.

Sous la dénomination d'angle droit, nous comprenons les tumeurs qui siègent au niveau de la portion angulaire et de ses deux branches, afférente et efférente, chacune d'elles pouvant être considérée comme mesurant 3 à 4 cm de long.

Le transverse droit chirurgical n'a pas de limite d'aval bien définie. Correspondant en principe à celle du territoire de l'artère mésentérique supérieure, elle peut être fixée approximativement en regard de la ligne médiane.

Nous n'avons pas observé de tumeur de l'appendice.

2° L'étendue de la tumeur, d'autre part, est très variable sur le plan topographique. Dans 19 cas, nous l'avons trouvée débordant le cadre d'une localisation précise. Huit fois, la tumeur intéressait à la fois le cæcum et l'ascendant ; 5 fois, le cæcum et la région juxta-valvulaire ; 4 fois, l'ascendant et la région juxta-valvulaire ; 2 fois, le transverse et l'angle droit. Dans ces cas, nous avons tenu compte, pour la dénomination, de la localisation prédominante.

3° Les autres statistiques donnent des chiffres voisins. BIENAYMÉ, analysant en 1956 les 82 cas de Monsieur le Professeur Jean QUÉNU, donne :

— Cæcum	26 cas
— Cæco-valvulaire	2 »
— Cæco-ascendant	12 »
— Ascendant	16 »
— Angle droit	10 »
— Tout le côlon droit	3 »
— Transverse droit	11 »
— Et 2 sièges insuffisamment précisés	

SÉNÈQUE et CHATELIN, rapportant en 1957 40 cas, donnent :

— Cæcum	12 cas
— Valvule	2 »
— Ascendant	13 »
— Angle droit	8 »
— Transverse droit	3 »
— Et 2 double localisations : cæcum et transverse droit, cæcum et grêle	

BERTRAND et GILBERTAS, en 1956, donnent la répartition suivante sur 71 cas :

— Cæcum	29 cas
— Ascendant	10 »
— Angle droit	32 »

GRIMOUD, en 1960, sur 47 cas, donne :

— Cæcum	18 cas
— Valvule	2 »
— Ascendant	14 »
— Angle droit	7 »
Transverse droit	6 »

GILBERTSEN, en 1959, a sur 150 cas :

— Cæcum	114 cas
— Ascendant	24 »
— Angle droit	13 »

ce qui témoigne au contraire d'une forte prédominance de la localisation cæcale.

Par rapport aux autres segments du tube digestif, la localisation au côlon droit est nettement moins fréquente.

Notre Maître, le Docteur Alain MOUCHET, a observé :

Pour 61 côlons droits en dix ans ;
107 côlons gauches en neuf ans ;
147 rectums en sept ans ;
324 estomacs en dix ans.

II. — L'ASPECT MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR

Extérieurement, la tumeur a un aspect le plus souvent irrégulier, bosselé, correspondant à la description classique des tumeurs encéphaloïdes. Son volume est qualifié de gros, parfois d'énorme, comparé le plus souvent à une orange, voire à une tête d'enfant. Cinq fois seulement, il s'est agi de petites tumeurs squirrheuses :

— une au niveau du transverse ;
— deux à l'angle droit ;
— une sur l'ascendant ;
— une juxta-valvulaire.

Intérieurement, il est le plus souvent noté que la tumeur est bourgeonnante, ulcérée, voire en partie nécrosée.

Une fois seulement, on a trouvé une masse molle ; il s'agissait d'une tumeur villeuse en voie de dégénérescence.

Ce cancer est souvent infecté ; nous le reverrons. Il est fréquent à la laparotomie de découvrir des adhérences plus ou moins inflammatoires autour de la tumeur. Contrairement aux données classiques, nous n'avons jamais retrouvé d'abcès péri-tumoral vrai collecté.

A quatre reprises, nous avons noté une invagination iléo-cæco-colique accompagnant la tumeur :

— une sur une tumeur du cæcum faite de deux petits noyaux (*Ma... Jacqueline*) ;

— une sur une tumeur à prédominance valvulaire (*Dh... Suzanne*);
— deux sur une tumeur du bas-fond cæcal (*Qu... Jean ; Fo... Lucien*).

III. — L'ASPECT MICROSCOPIQUE DE LA TUMEUR

Toutes les pièces d'hémicolectomie ont été examinées histologiquement par le Service d'Anatomie Pathologique de Foch, sauf une qui a été perdu (*Di...*). On a noté :

— 11 fois, un épithélioma glandulaire typique ;
— 12 fois, un épithélioma atypique dont un qualifié de sarcomatoïde (*Le... Marguerite*);
— 17 fois, le caractère colloïde était plus ou moins accusé.

Sur 13 pièces, on a noté que la tendance envahissante de la tumeur était manifeste.

Très souvent, ont été retrouvés au voisinage des infiltrats inflammatoires d'allure banale témoignant du caractère fréquemment infecté de ces cancers.

IV. — L'ENVAHISSEMENT CANCÉREUX LOCAL

Suivant son degré d'évolution, le cancer peut avoir déjà envahi plus ou moins les organes voisins. Cependant, pour les 20 malades qui n'ont pas subi d'exérèse, donc en l'absence de critères histologiques, il est bien difficile de différencier l'extension vraie d'avec une infiltration inflammatoire importante. C'est avec cette réserve que nous donnerons les chiffres suivants pour 18 de ces malades dont la tumeur était largement adhérente :

— Paroi postérieure	4 fois
— Paroi antéro-latérale	4 »
— Mésentère	2 »
— Duodénum et pancréas	5 »
— Veine cave inférieure	1 »
— Foie	1 »

Pour les 41 malades qui ont subi une exérèse, dans 10 cas la tumeur présentait un envahissement :

— De la paroi postérieure	3 fois
De la paroi antéro-latérale	3 »

— De la loge rénale	2	»
— Du mésentère	1	»
— De l'estomac	1	»
— De la vésicule biliaire	1	»
— Du duodénum	1	»
— Du foie	1	»
D'une anse grêle	1	»
— D'une anse colique adjacente	1	»

Au total, on peut dire que sur les 61 malades de notre série, 18 + 10, soit 28, étaient porteurs d'une tumeur qui localement avait franchi les parois du côlon.

Cet envahissement local aboutit parfois à une perforation du cancer dont nous avons 4 observations :

— un volumineux cancer cæcal (*Gu... Elisabeth*) dont la perforation dans la paroi postérieure est révélée lors des tentatives de libération de la tumeur ;

— un cancer du transverse droit avec fistule gastro-colique (*Di... Maurice*) ;

— un cancer de la branche afférente de l'angle droit perforé dans le transverse droit (*De... Henriette*) ;

— un cancer de l'ascendant perforé dans une anse grêle (*Ro... Jean*).

V. — L'ENVAHISSEMENT MÉTASTATIQUE

Nous avons trouvé :

— 5 cas de carcinose péritonéale dont 3 avec une ascite notable ;

— 7 cas de métastases hépatiques ;

— 2 fois enfin, l'intervention a permis d'enlever avec la pièce un nodule épiploïque reconnu métastatique.

VI. — L'ENVAHISSEMENT LYMPHATIQUE

Les anatomistes distinguent au niveau du côlon quatre types de relais ganglionnaires :

— épi-coliques sur la paroi colique ;

— para-coliques le long de l'arcade marginale ;

— intermédiaires le long des gros troncs du mésocôlon avec, au niveau du côlon droit : *a*) un groupe iléo-cæco-colique ; *b*) un groupe colique supérieur droit ;

— principaux ou centraux enfin, au niveau de l'origine des gros troncs, avec : *a*) un groupe principal iléo-cæco-colique ; *b*) un groupe principal colique supérieur droit situé devant la tête du pancréas et recevant en outre des troncs gastro-épiploïques et duodéno-pancréatiques.

Tous ces groupes se drainent en définitive vers les ganglions rétro-pancréatiques situés autour de l'origine de la mésentérique supérieure.

Dans la pratique chirurgicale courante, il n'est pas habituel de faire des distinctions topographiques aussi fines.

Pour les cas qui ont subi une exérèse, le chirurgien a lui-même disséqué la pièce opératoire et séparé les ganglions palpables en quatre groupes habituellement :

— coliques supérieurs droits : *a*) distaux près du côlon ; *b*) proximaux près de l'origine du tronc de l'artère ;
— cæco-coliques enfin, en deux groupes également : *a*) distaux ; *b*) et proximaux.

Sur les 41 pièces d'hémicolectomie, 31 fois ont été prélevés des ganglions palpables. 23 fois, ils ne présentaient qu'une hyperplasie lymphoïde d'aspect banal. 8 fois, ils ont été reconnus histologiquement envahis :

Il s'agit :

— de 6 cancers du côlon ascendant (5 grosses tumeurs ; une de volume plus modéré : 3 épithéliomas atypiques dont un sarcomatoïde et 3 épithéliomas colloïdes au moins en partie);
— d'un cancer du cæcum : épithélioma typique ;
— d'un cancer de l'angle droit : épithélioma colloïde.

Quels étaient les groupes envahis ?

— 3 fois, le siège exact des ganglions n'était pas précisé ;
— dans tous les autres cas, il s'agissait de ganglions cæco-coliques distaux :
  a) une fois, une grosse tumeur de l'ascendant s'accompagnait d'un envahissement colique supérieur droit proximal et cæco-colique distal (*Ra... Germaine*);
  b) une autre grosse tumeur de l'ascendant s'accompagnait d'un envahissement distal colique supérieur droit et cæco-colique (*Po... Virginie*).

VII. — L'ENVAHISSEMENT VEINEUX

Il n'a pas été étudié de façon systématique et nous le regrettons.

ÉTIOLOGIE

I. — SEXE

Nous trouvons une nette prédominance féminine. Les 61 porteurs de cancers du côlon droit se répartissent comme suit :

— 38 femmes, soit 62 % ;
— 23 hommes, soit 38 %.

BIENAYMÉ, sur 82 observations, trouve exactement la même proportion. Il en est de même pour BERTRAND et GILBERTAS, sur 71 cas.

II. — AGE

Dans le tableau suivant, nous donnons une répartition par sexe et par tranches d'âge.

Age	*Hommes*	*Femmes*	*Total*
20 à 29 ans		1	1
30 à 39 ans		1	1
40 à 49 ans	2	2	4
50 à 59 ans	4	2	6
60 à 69 ans	5	12	17
70 à 79 ans	10	16	26
80 à 89 ans	2	4	6

Les malades les plus jeunes sont deux femmes de 27 et 36 ans. Les plus âgées sont deux femmes de 86 ans. L'âge moyen global est de 67 ans. 70 % des cas s'observent entre 60 et 80 ans, 80 % entre 50 et 80 ans. La fréquence maxima se situe entre 70 et 80 ans.

BIENAYMÉ trouve un âge moyen global de 60,5 ans, 83 % des cas entre 50 et 80 ans et une fréquence maxima de 60 à 70 ans.

III. — ANTÉCÉDENTS DIGESTIFS ET FACTEURS PRÉDISPOSANTS

1° La dégénérescence possible de la polypose colique est bien connue. La localisation de celle-ci au côlon droit est cependant moins fréquente qu'à gauche. Nous avons deux cas d'association d'un cancer du cæcum avec une polypose (*Al... Laurence* et *Ch... Marie*).

L'une d'elles (*Al... Laurence*) a pu subir une exérèse :

Histologiquement, il n'a pas été reconnu que le cancer ait été constitué par la dégénérescence de l'un des polypes que présentait cette malade. Les polypes qui siégeaient sur le côlon ascendant et le transverse présentaient des aspects histologiques devant faire suspecter une dégénérescence.

Cependant, un an et demi après son hémicolectomie environ, cette malade a présenté des rectorragies qui ont fait découvrir un polype de l'angle colique gauche. Elle a subi une colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale.

Histologiquement, là encore, le polype présentait des aspects de dégénérescence.

2° Les tumeurs villeuses, également rares sur le côlon droit, peuvent aussi dégénérer. Nous en avons un cas (*Sa...*).

3° Nous n'avons pas observé de dégénérescence d'une côlite ulcéreuse, ni d'une tuberculose, ni d'une amibiase.

4° Comme antécédents digestifs, nous avons noté :

— Appendicectomie	6 fois
— Constipation chronique	4 »
— Diverticulose sigmoïdienne	4 »
— Lithiase vésiculaire	4 »
— Hernie hiatale	3 »

5° Bienaymé avait noté dans ses observations une proportion de 7 % d'interventions pour ulcère de l'estomac, et chez les femmes une proportion de 18 % d'interventions gynécologiques, sans pouvoir expliquer cette fréquence élevée. Nous n'avons, au contraire, retrouvé aucune intervention gastrique, et seulement une hystérectomie et deux ovariectomies.

LES SYMPTOMES

Nous avons étudié la date d'apparition des premiers signes cliniques par rapport au moment de l'intervention, et d'autre part, les différents symptômes présentés par les malades au moment de leur hospitalisation.

I. — DATE DU DÉBUT CLINIQUE APPARENT

Nous possédons ce renseignement pour 59 malades.

— trois mois ou moins	22	malades
— de trois à six mois	16	»
— de six mois à un an	13	»
— à plus d'un an	8	»

Donc, près des deux tiers des malades avaient une histoire clinique remontant à moins de six mois.

II. — LA SYMPTOMATOLOGIE

Amenant les malades à consulter, elle peut être réunie sous trois rubriques :

— troubles du transit ;
— manifestations douloureuses ;
— troubles généraux.

1) LES TROUBLES DU TRANSIT

La diarrhée, symptôme pourtant classique, n'est retrouvée que 18 fois.

La constipation est presque aussi fréquente (15 fois) et l'alternance de diarrhée et de constipation a été notée chez 7 malades.

Quatorze malades ont eu à un moment quelconque de l'évolution une *émission de sang rouge* par l'anus et 7 fois on a noté du *melœna*.

Au total, en tenant compte des associations symptomatiques possibles, 39 malades ont accusé des troubles du transit nets.

Cinq malades ont même été vus en *occlusion intestinale aiguë*. (*Al... Laurence*, 47 ans, opérée avec le diagnostic d'occlusion du grêle sur bride, épithélioma du cæcum, iléo-transversostomie première. *Bo... Gilles*, 50 ans, occlusion avec arrêt du lavement à l'angle colique droit, traitement médical pedant quelques jours, tumeur de l'angle droit inenlevable, iléo-transversostomie définitive. *Co... Firmin*, 78 ans, fistule cæcale après incision d'abcès de paroi post-appendicectomie, occlusion, virole de l'angle droit, hémicolectomie. *Du... Noémie*, 72 ans, occlusion avec arrêt du lavement à l'angle droit, après traitement médical, intervention, néoplasme de l'ascendant avec métastases multiples, iléo-transversostomie définitive. *La... Estelle*, 60 ans, occlusion opérée d'urgence, squirrhe du transverse droit, hémicolectomie).

Il est remarquable de signaler que 4 de ces occlusions sur 5 répondaient à une tumeur proche de l'angle droit. Ce qui est conforme aux données classiques.

D'autre part, ces occlusions avaient toutes une cause obstructive constituée par la tumeur elle-même. Nous n'avons pas observé d'occlusion du grêle par bride ou volvulus au contact de la tumeur, ni d'occlusion par invagination aiguë.

Il est difficile, d'autre part, de dire qu'elles se soient produites précocement dans l'évolution clinique de la maladie :

— 2 d'entre elles sont survenues certes moins de trois mois après le début apparent ;
— 1 de trois à six mois ;
— 1 de six mois à un an ;
— pour la dernière, nous ne possédons pas la date du début des premiers symptômes.

Enfin, chez 6 malades, on a noté *un état sub-occlusif chronique*, devant la répétition des crises coliques avec alternance de diarrhée et de constipation, ballonnement abdominal.

2) LES MANIFESTATIONS DOULOUREUSES

On a noté chez 16 malades *des crises coliques* plus ou moins typiques : douleurs abdominales vives durant quelques minutes accompagnées parfois d'une sensation de ballonnement, calmées par l'émission de gaz ou de selles et traduisant sans doute un état sub-occlusif

transitoire. Le plus souvent, en fait, les douleurs ont été *beaucoup plus dégradées :*

a) Soit simple sensation de ballonnement (5 malades).

b) Soit endolorissement permanent ou intermittent à type de pesanteur au niveau d'une région fixe de l'abdomen :

— iliaque droit (9 cas);
— hypocondre droit (5 cas);
— péri-ombilical (5 cas);
— ectopique enfin quelquefois ;
— épigastrique (4 fois);
— hypocondre gauche (1 fois).

Ces douleurs dégradées semblent traduire le plus souvent une perception vague de sa tumeur par le malade lui-même.

Nous n'avons jamais observé de douleurs irradiées liées à un envahissement de la paroi abdominale.

Au total, 35 malades ont présenté des manifestations douloureuses, soit presque 2 sur 3.

3) L'ATTEINTE DE L'ETAT GENERAL

Quarante-deux fois, l'*amaigrissement* a attiré l'attention. Divers autres symptômes ont encore été notés : asthénie (21 fois), anorexie (15 fois), pâleur (10 fois), état fébrile (7 fois). C'est un total de 51 malades qui ont donc présenté une atteinte quelconque de l'état général au cours de l'évolution de leur maladie. Parmi eux, 3 (*In...*, *Po... Virginie* et *Ma... Emilienne*) avaient été soignés pendant longtemps pour une anémie pratiquement isolée. L'atteinte de l'état général est retrouvée de façon absolument constante chez les malades dont le début clinique remonte à plus de six mois.

4) LA TUMEUR

Quarante-trois malades étaient porteurs d'une tumeur palpable, de consistance dure :

— de siège iliaque droit (21);
— de l'hypocondre droit (5);
— du flanc droit (14);
— non précisé ailleurs (3).

Il a été noté 14 fois que ses limites étaient très imprécises et 5 fois il s'agissait plus d'un empâtement profond que d'une tuméfaction à proprement parler.

Enfin, 12 fois, elle était franchement douloureuse à la palpation.

Une fois, a été perçue une tuméfaction molle correspondant à un boudin d'invagination iléo-cæco-colique, vérifié opératoirement, alors que le cancer lui-même était de très petite taille.

La fixité de la tumeur a été notée 16 fois. Elle constitue un élément de mauvais pronostic, puisque dans ces cas 8 fois seulement l'hémicolectomie a pu être pratiquée et encore à condition, 6 fois, d'être élargie par ablation en bloc d'un organe voisin ou d'un fragment de paroi abdominale.

En conclusion, la perception d'une tumeur par le médecin constitue un signe d'orientation de grande valeur qui déclenche la prescription d'examens radiologiques. Il est certain, d'autre part, que cette tumeur traduit un certain degré d'évolution de la maladie. Elle se retrouve avec d'autant plus de fréquence que le début clinique de la maladie est plus ancien :

— pour 22 cas dont le début remonte à moins de trois mois : 13 tumeurs ;
— pour 16 ayant un début de trois à six mois : 12 tumeurs ;
— pour 13 ayant un début de six mois à un an : 10 tumeurs ;
— pour 8 dont le début remonte à plus d'un an : 7 tumeurs.

En conclusion de ce chapitre, on peut faire plusieurs remarques :

1° Le début clinique est généralement insidieux.

Les symptômes ne finissent par attirer l'attention que par leur persistance, leur enrichissement progressif, à moins que n'apparaissent :

— des crises coliques typiques ;
— une hémorragie ;
— une tumeur.

La triade classique : diarrhée, entérorragie, tumeur, n'a été rencontrée que 10 fois. 5 fois seulement, elle correspondait à un cancer dont on a pu faire l'exérèse.

2° Les proportions respectives des différents symptômes présentés par les malades peuvent être chiffrés comme suit. Nous donnons à côté les chiffres cités par BIENAYMÉ :

	Notre statistique	BIENAYMÉ
Douleurs	35, soit 57 %	62 %
Hémorragies	14, soit 23 %	13 %
Troubles du transit	39, soit 63 %	46 %
Amaigrissement	42, soit 68 %	43 %
Tumeur	43, soit 70 %	71 %
Occlusion aiguë	5, soit 8 %	13 %

LES EXAMENS DE COMPLÉMENT
qui concourent au diagnostic

I. — LA RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES

Positive, elle permet de suspecter fortement une néoplasie digestive chez un sujet qui présente des douleurs abdominales ou une altération de l'état général. Sa négativité, on le sait, n'a pas de valeur.

Cet examen a été pratiqué et trouvé positif chez 4 de nos malades.

II. — L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Il représente, au contraire, le fondement même du diagnostic.

Il a été pratiqué toujours d'abord par lavement baryté. On a eu recours quelquefois au repas baryté pour préciser certaines images suspectes, notamment au niveau du cæcum (6 fois).

Nous avons retrouvé des clichés ou des comptes rendus radiologiques pour 50 dossiers.

1) LES IMAGES LACUNAIRES

Quarante-quatre fois, ont été notées des images de type lacunaire :

a) Soit lacune *totale* avec absence complète d'injection d'un segment colique (3 cas) :

— *Bo... Gilles* : arrêt complet du lavement à l'angle droit, énorme tumeur de l'angle droit en occlusion adhérant largement au duodéno-pancréas.

— *Dh... Suzanne* : amputation du cæcum, tumeur du cæcum semblant prédominer au niveau de la valvule avec début d'invagination de la dernière anse grêle.

— *Du... Noémie :* arrêt du lavement sur l'ascendant, tumeur étendue de l'ascendant en occlusion avec métastases hépatiques multiples.

b) Soit lacune *centrale* (1 fois) correspondant à une tumeur bourgeonnante peu volumineuse se projetant de face :

— *Fo... Lucien :* tumeur du cæcum avec début d'invagination de la dernière anse grêle.

c) Soit lacune *marginale* (5 fois), aspect irrégulier, rigide au niveau d'un bord.

d) Soit enfin le plus souvent (35 fois), image d'un long *rétrécissement* rigide, plus ou moins étroit et tortueux, à contours déchiquetés.

2) LES IMAGES TYPIQUES

Trois fois, ont été retrouvées des images types de virole :

— *Al... Marie :* ascendant ;
— *Ba... Monique :* angle droit ;
— *Ma... Emilienne :* juxta-valvulaire ;

images de rétrécissement localisé circulaire avec aspect de collerette d'invagination de l'intestin adjacent semblant mouler l'image pathologique.

3) LA TECHNIQUE RADIOLOGIQUE

Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'une technique impeccable qu'exige la radiologie colique. C'est affaire de spécialiste.

Nous dirons seulement qu'il faut savoir répéter les clichés, demander un repas baryté quand existe la moindre anomalie suspecte. Il peut, en effet, arriver que des clichés faits dans des conditions standard ne révèlent pas d'image anormale.

a) A deux reprises, des lavements barytés faits :

— une fois deux mois (*No... Maurice*),
— une fois un mois (*Al... Laurence*)

avant l'hospitalisation n'avaient montré aucune anomalie, alors que les malades étaient porteurs tous deux d'un cancer du cæcum.

b) A deux reprises, également (*Ma... Georgette* et *Ch... Marie*), le lavement baryté n'a pas montré d'image anormale, alors qu'existait une tumeur cæcale.

c) Une fois, la seule anomalie constatée a été une absence d'injection de la dernière anse grêle. Il existait une tumeur du cæcum (*Gl... Robert*).

4) LES IMAGES RADIOLOGIQUES

Voici, suivant les localisations du cancer, les différents types d'images que nous avons observées :

Cæcum : 20 cas — 16 dossiers radiologiques

— Défilé lacunaire	9 cas
— Lacune marginale	3 »
— Lacune centrale	1 »
— Cæcum pratiquement normal	2 »
— Dernière anse non injectée	1 »

Juxta-valvulaire : 4 cas — 4 dossiers radiologiques

Lacune totale	1 cas
— Lacune marginale	2 »
— Virole	1 »

Ascendant : 20 cas — 17 dossiers radiologiques

— Défilé lacunaire	15 cas
— Lacune totale	1 »
— Virole	1 »

Angle droit : 12 cas — 10 dossiers radiologiques

— Défilé lacunaire	8 cas
— Lacune totale	1 »
— Virole	1 »

Transverse droit : 4 cas — 3 dossiers radiologiques

— Défilé lacunaire	3 cas

Terminons en signalant que dans deux de nos cas de cancers perforés, la radiologie a mis en évidence la *fistule :*

— gastro-colique (*Di... Maurice*);
— côlo-colique (*De... Henriette*).

LE BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE ET LA PRÉPARATION MÉDICALE

I. — BILAN DIAGNOSTIQUE

Au terme de l'examen clinique et radiologique, le diagnostic a été posé avec certitude dans 52 cas.

Dans 9 cas, c'est la *laparotomie exploratrice* seule qui a fait ce diagnostic, confirmé éventuellement par l'histologie : *Ro... Marguerite ; No... Maurice ; Ma... Jacqueline ; Ma... Georgette ; La... Estelle ; Co... Firmin ; Ch... Marie ; Al... Laurence ; Gr... Paul.*

— trois fois, il s'agissait d'occlusion intestinale aiguë ;

— une fois, d'un tableau clinique d'appendicite aiguë, qui a fait découvrir une tumeur double cæcale et transverse droite ;

— une fois, d'une ascite avec douleurs abdominales ;

— une fois, d'une tumeur abdominale sans image radiologique nette ;

— deux fois, de troubles digestifs avec altérations de l'état général, là encore sans image radiologique nette ;

— une fois enfin, devant un tableau clinique et radiologique d'invagination subaiguë.

Insistons sur le *problème de l'appendicite aiguë.*

Une fois, nous l'avons vu (*No... Maurice*), le diagnostic d'appendicite aiguë avait été posé.

Il s'agissait d'un homme de 48 ans souffrant depuis trois mois environ de douleurs abdominales basses avec des poussées diarrhéiques. Il avait maigri modérément.

Un lavement baryté, deux mois plus tôt, et une rectoscopie, un mois plus tôt, n'avaient montré aucune anomalie. Les douleurs s'étaient répétées et précisées dans la fosse iliaque droite, et il avait été admis en urgence à Foch, avec une température à 37°9, une fosse iliaque droite douloureuse, mais sans défense, une hyperleucocytose à 18.000 globules blancs.

Par l'incision de Mac Burney, on découvre une masse cæcale présentant des adhérences inflammatoires avec le péritoine pariétal antérieur. On passe alors par

incision médiane et on découvre qu'il existe en réalité une deuxième tumeur sur le transverse à 10 cm de l'angle droit : hémicolectomie avec rétablissement immédiat de la continuité ; suites normales. L'appendice était rétro-cæcal et sain.

Dans ce cas, le problème diagnostique a été vite résolu puisqu'il existait une tumeur cæcale accessible par l'incision de Mac Burney et que d'autre part l'appendice était sain.

Dans un autre cas, au contraire, le diagnostic exact a été méconnu (*Co... Firmin*).

Homme de 78 ans, présentant depuis quelques mois des troubles du transit, amené à Foch en occlusion, apyrexie, météorisme diffus avec ondulations péristaltiques, images hydro-aériques sur le grêle ; le lavement baryté injecte tout le côlon.

Après aspiration gastro-duodénale et réanimation, intervention par laparotomie médiane qui montre une distension du grêle et du cæcum, et aucune autre anomalie en dehors d'un gros appendice inflammatoire. Appendicectomie. Iléotomie de vidange.

Cinq mois plus tard, se constitue un abcès de paroi qui, incisé, donne issue à du pus, puis à des matières. Un lavement baryté ne donne aucun renseignement valable en raison de l'intolérance colique. Puis, se constitue une occlusion. C'est la réintervention qui a montré un squirrhe de l'angle droit. Hémicolectomie droite.

Suites normales. La fistule stercorale était cæcale, sans rapport avec la zone d'appendicectomie.

Il s'agissait d'une perforation diastatique en amont du cancer et qui, au milieu d'un foyer d'adhérences iléo-cæcales, s'était faite en péritoine cloisonné puis à la peau.

II. — BILAN EN VUE DU PRONOSTIC

1) EXTENSION METASTATIQUE

A quatre reprises, il a été noté une hépatomégalie manifeste que la laparotomie a confirmé correspondre à un cancer secondaire. Un malade se présentait comme un ascitique évident.

Deux fois, ont été perçus des noyaux métastatiques du Douglas.

2) EXTENSION LOCO-REGIONALE

La palpation de l'abdomen, on l'a vu, permet dans une certaine mesure de préjuger une extension importante lorsqu'elle trouve une grosse tumeur peu mobile. A dix reprises, ont été faites des urographies intra-veineuses. Deux fois, les clichés faits sous compression ont montré, dans de grosses tumeurs de l'ascendant qui se sont révé-

lées inopérables, une petite distension des cavités excrétrices supérieures du côté droit. Mais, comme les clichés sans compression ne montraient pas d'anomalie, il ne s'agissait sans doute que d'un refoulement de voisinage par la tumeur et non d'un envahissement des voies excrétrices.

3) COMPLICATIONS PROPRES AU CANCER

a) Rappelons que 5 malades ont été vus en occlusion aiguë et qu'à six reprises on a noté un état de subocclusion devant la répétition :

— de crises douloureuses ;
— d'un météorisme important ;
— de constipation.

b) Insistons sur l'infection du cancer.

Sa fréquence est grande, et si nous n'avons jamais observé d'abcès péri-néoplasique collecté, l'infection subaiguë a été souvent notée. Cinq malades étaient franchement fébriles à plus de 38° et 24 malades présentaient un état subfébrile entre 37°5 et 38°. Dix-sept d'entre eux avaient une hyperleucocytose nette et 12 une augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire. Le caractère franchement douloureux de la tumeur (12 fois) a toujours été constaté chez des malades fébriles. Un traitement antibiotique général par pénicilline et streptomycine a été institué à titre pré-opératoire chez 13 malades.

Au total, 29 malades présentaient un état fébrile non expliqué par une cause autre que le cancer.

c) Le retentissement métabolique général.

L'amaigrissement, on l'a vu, avait attiré 42 fois l'attention des malades :

— 24 fois, a été noté un amaigrissement important avoisinant ou dépassant 10 kg en quelques mois ;
— 18 fois, cet amaigrissement était modéré, atteignant au maximum 5 kg en quelques mois.

L'anémie a été notée chez la moitié de nos malades. Trente et une fois, en effet, le chiffre des hématies était inférieur à 4 millions. A vingt reprises, l'anémie a été assez importante pour justifier une ou plusieurs transfusions de sang avant l'intervention.

L'hypoprotidémie, aux alentours de 60 grammes par litre, a été retrouvée 21 fois.

Huit malades, dont 3 en subocclusion, présentaient des signes cliniques de déshydratation.

III. — ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX

1° Deux malades avaient été antérieurement opérés d'un cancer :
— 1 cancer cutané du cuir chevelu, traité par exérèse et radiations quelques années auparavant ;
— 1 cancer du sein, traité par opération de Halsted quarante ans plus tôt.

2° Sur le plan pulmonaire, nous relevons :
— 1 tuberculose pulmonaire ;
— 1 bronchite chronique.

3° Onze malades présentaient des antécédents cardio-vasculaires :
— 4 d'entre eux avaient fait des accidents de thrombose veineuse des membres inférieurs ;
— 3 étaient des coronariens manifestes ;
— 2 étaient soignés pour des troubles du rythme ;
— 2 étaient hypertendus et l'un d'eux avait fait un accident vasculaire cérébral ;
— 2 étaient suivis pour hypertrophie ventriculaire gauche ; 2 pour artérite des membres inférieurs ;
— 1 malade était diabétique.

4° Deux malades étaient des obèses.

IV. — PRÉPARATION MÉDICALE PRÉ-OPÉRATOIRE

N'insistons pas sur les cas particuliers qui nécessitent antibiotiques généraux, transfusions, voire aspiration digestive avec rééquilibration hydro-électrolytique.

La préparation du côlon est fondamentale. Elle vise à obtenir un intestin propre, sans matières, désinfecté et plat. Elle fait appel au régime sans résidus et aux lavements, à la prescription du mélange de Charrier, à la prise de comprimés de sulfaguanidine, à la prescription d'un gramme de streptomycine par jour, le tout pendant cinq ou six jours. Souvent, a été donnée de la néomycine par voie buccale pendant les quarante-huit heures précédant l'intervention.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

I. — ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION PER-OPÉRATOIRE

Toutes les interventions ont été faites sous anesthésie générale.

La réanimation per-opératoire, pour les hémicolectomies, a consisté essentiellement en l'installation d'une perfusion de sang isogroupe. Le plus souvent, un seul flacon de sang a suffi, parfois deux. A trois reprises, seulement, il a été perfusé trois flacons.

II. — L'INTERVENTION CHIRURGICALE TECHNIQUE

Elle a consisté :
— 4 fois, en une laparotomie exploratrice simple ;
— 16 fois, en une iléo-transversostomie palliative définitive ;
— 40 fois, en une hémicolectomie droite en un temps ;
— 1 fois, en une hémicolectomie droite en deux temps.

1) LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE SIMPLE

Par une courte incision médiane, elle permet d'apprécier :
— le siège exact de la tumeur, son volume ;
— ses connexions ;
— son envahissement ganglionnaire et métastatique.

Elle a été pratiquée 4 fois. Elle a permis de constater :
— 3 carcinoses péritonéales dont 2 avec ascite notable ; 2 étaient à point de départ cæcal, 1 avait pour origine une tumeur de l'ascendant ;
— un gros bloc néoplasique englobant l'angle droit, le duodénum et l'estomac.

2) L'ILEO-TRANSVERSOSTOMIE PALLIATIVE DEFINITIVE

Elle est pratiquée par l'incision médiane d'exploration. Elle a été réalisée les 16 fois par anastomose iléo-transverse sans exclusion latéro-latérale, à points séparés de fil fin non résorbable :

— 14 fois, la suture a été faite en deux plans enfouissants utilisant trois fois le procédé dit de « l'anastomose aseptique » ;
— 2 fois, en un plan extra-muqueux ;
— 12 fois, le montage a été fait anisopéristaltique ;
— 4 fois, isopéristaltique.

Le couloir mésentérico-mésocolique doit être refermé soigneusement, ceci afin d'éviter les occlusions post-opératoires du grêle.

3) L'HEMICOLECTOMIE DROITE

Divers points sont à noter à son sujet :

— le nombre des temps opératoires ;
— la voie d'abord ;
— l'étendue de l'exérèse ;
— le mode de rétablissement de la continuité ;
— la péritonisation ;
— le drainage ;
— les incidents opératoires ;
— les constatations opératoires particulières.

a) Le nombre des temps opératoires

Une seule hémicolectomie en deux temps a été faite. Il s'agissait d'une tumeur du cæcum vue en urgence en occlusion (*Al... Laurence*). Dans un premier temps, a été faite une iléo-transversostomie avec exclusion unilatérale. Trois semaines plus tard, a été réalisée l'hémicolectomie droite.

Quarante fois, l'hémicolectomie a été faite en un temps.

b) La voie d'abord

On a toujours commencé par une incision médiane débordant un peu l'ombilic en haut.

L'exérèse étant alors reconnue possible, l'agrandissement a été réalisé :

— 29 fois, par une incision oblique en direction du rebord costal droit, type Turnbull-Barraya ;
— les autres fois, par prolongement de la médiane.

Une fois seulement, dans le seul cas d'hémicolectomie en deux temps, l'exérèse a été faite par une grande incision oblique du flanc, de la pointe de la dixième côte à la région inguinale.

c) L'étendue de l'exérèse

Au niveau de l'*intestin grêle*, la section a porté habituellement à une quinzaine de centimètres de l'angle iléo-cæcal.

A sept reprises, la section a porté plus au large, à une quarantaine de centimètres ou plus :

— soit parce que la fin du grêle était distendue (*Al... Marie, Po... Germaine*);

— soit parce qu'on avait trouvé deux fois sur le mésentère adjacent un nodule qu'on avait cru métastatique (l'histologie a démontré une fois le contraire) : *Ba... Georges, Du... Eugène ;*

— soit parce que le mésentère juxta-colique était manifestement envahi par la tumeur (*Po... Virginie*);

— soit parce qu'existait un foyer d'adhérences sur la fin du grêle (*Co... Firmin,* appendicectomisé en occlusion quelques mois auparavant et à qui il avait été fait une iléotomie de vidange);

— soit parce que la tumeur adhérant aux deux dernières anses grêles était perforée dans l'une d'elles (*Ro... Jean*).

Au niveau du côlon, la section a été faite ordinairement sur la ligne médiane. Six fois, la section a porté plus loin vers la gauche sur le transverse ; il s'agissait 2 fois de tumeurs du transverse droit (*Du... Pierre ; Di... Maurice,* porteur d'une fistule gastro-colique) et 4 fois de grosses tumeurs de l'angle droit dont une avec fistulisation dans le transverse droit (*De... Henriette*).

Les autres temps de l'exérèse, dans les cas habituels, ne méritent pas de détails particuliers :

On a toujours commencé l'intervention soit par le décollement colo-pariétal, soit par la section du ligament gastro-colique, les sections intestinales étant faites juste avant l'anastomose. Le mésocôlon a toujours été enlevé largement jusqu'à la ligne médiane ; il a été décollé soit de haut en bas, soit de bas en haut, soit de dehors en dedans. Les vaisseaux ont été liés et coupés au ras de leur origine sur le tronc mésentérique supérieur, leur repérage ayant été aidé par la transillumination du méso. Il n'a jamais été fait de ligature première des vaisseaux avant toute manœuvre de dissection, comme le préconisent certains auteurs, pour éviter la dissémination veineuse peropératoire. Cette ligature première peut en effet exposer à une blessure urétérale.

Chez 9 malades, l'exérèse a été étendue à des organes ou parties d'organes voisins manifestement envahis, autres que le côlon droit chirurgical :

— chez 3 malades (*Ro... Jean ; La... Marguerite ; Sa... Francine*), l'opérateur a été obligé de laisser adhérer à la tumeur un fragment de paroi musculaire abdominale antérieure ;

— pour 4 autres malades, il s'est agi d'un fragment de paroi abdominale postérieure ou de loge rénale (*Po... Virginie ; Hi... Auguste ; Du... Eugène ; Bi... Lucienne*) ;

— une fois, a été enlevé un fragment de foie (*Ro... Adrienne*) ;

— une fois, a été faite, pour une fistule gastro-colique (*Di... Maurice*), une gastro-hémicolectomie droite « en bloc », emportant de plus la vésicule biliaire et une pastille de la paroi du troisième duodénum.

Le contrôle histologique de l'envahissement n'a pas été fait dans tous les cas. Néanmoins chaque fois l'opérateur signalait à propos de la paroi que « des fragments de muscle restent adhérents à la tumeur ». De simples adhérences inflammatoires n'auraient pas dépassé le péritoine.

d) Le rétablissement de la continuité

Il a été réalisé 39 fois par anastomose latéro-latérale iléo-transverse en deux plans enfouissants à points séparés de fil fin non résorbable, dont une fois suivant le procédé de « l'anastomose aseptique ». La section et la fermeture des bouts intestinaux ont été faites à la manière de Mayo sur écraseur (pince à duodénum de Pauchet) avec deux bourses d'enfouissement.

On a toujours pris la précaution de faire une bouche anastomotique large et de réduire le plus possible l'importance des culs-de-sac intestinaux.

Nous reviendrons sur le problème de la distension des culs-de-sac.

A deux reprises seulement, sur des bouts intestinaux congruents, a été faite une anastomose termino-terminale toujours en deux plans enfouissants (*Bi... Lucienne ; Qu... Jean*).

e) La péritonisation

Elle a toujours été faite soigneusement à points séparés, suture mésentérico-mésocolique, péritonisation du flanc droit :

— avec *la dernière anse grêle* (37 fois) ;

— une fois avec le grand épiploon ;

— trois fois enfin dans des cas où le cæco-ascendant était particulièrement libre, a pu être réalisée une *péritonisation directe* après décollement du péritoine pariétal du flanc.

f) Le drainage rétro-péritonéal

Dans 2 des cas de péritonisation directe, où la zone de décollement était très peu étendue, aucun drainage n'a été réalisé.

Dans tous les autres cas, ont été utilisés, ressortant toujours par contre-incision lombaire :

— une lame seulement, 11 fois ;
— un drain enveloppé d'une lame de caoutchouc, 8 fois ;
— un drain et une mèche, 2 fois ;
— une lame et une ou deux mèches, 9 fois.

A neuf reprises, la fermeture a été faite sous dépression à l'aide d'un ou de deux tubes de polythène suivant la méthode préconisée par notre Maître, Monsieur le Professeur Redon, pour la fermeture des grands décollements.

Les différents éléments de drainage ou les tubes de polythène à dépression ont été retirés en moyenne vers le sixième jour.

g) Les accidents opératoires

Un seul accident opératoire est à signaler : il s'agit d'une blessure de la veine mésentérique supérieure, faite lors de la libération d'adhérences inflammatoires au niveau de l'origine de la colique supérieure droite (*Ro... Adrienne*). Cette plaie a été suturée à la soie vasculaire.

h) Les constatations opératoires particulières

Une fois, nous l'avons vu, a été découverte *une invagination* iléo-cæco-colique importante (*Ma... Jacqueline*). La désinvagination complète a pu être réalisée avant l'hémicolectomie.

En dehors du cancer, nous n'insisterons pas sur les découvertes de *lithiase vésiculaire*. A trois reprises, celle-ci a été traitée dans le même temps, deux fois par cholécystectomie, une fois par extraction des calculs et cholécystostomie. Surtout, a été trouvée une fois (*Al...*) une *tumeur végétante des deux ovaires,* avec essaimage dans le Douglas. Dans la même séance opératoire, a été faite une hystérectomie subtotale. La tumeur colique (angle droit) était un épithélioma cylindrique glandulaire sans envahissement lymphatique perceptible. La tumeur ovarienne était un épithélioma cysto-papillaire végétant. La coexistence de ces deux tumeurs malignes semble bien n'être là qu'une coïncidence.

III. — SUITES OPÉRATOIRES IMMÉDIATES

Sans vouloir donner de date limite précise aux suites immédiates, nous entendons analyser par là le sort des malades tant qu'a duré leur séjour hospitalier. Nous signalerons ultérieurement les décès survenus après la sortie de l'hôpital, en précisant leur date autant que possible.

Tous les opérés à qui il a été fait une anastomose ou une hémicolectomie, ont été mis en aspiration digestive pendant une durée moyenne de trois jours. Il leur a été également prescrit des antibiotiques généraux (pénicilline : 1 à 5 millions ; streptomycine : 1 g). Tous les opérés ont été levés précocement et soumis rapidement à des exercices respiratoires.

1) LES LAPAROTOMIES EXPLORATRICES SIMPLES

Il va sans dire que ces malades, dont les suites immédiates n'ont comporté aucun incident particulier, ont en réalité quitté l'hôpital en mauvais état général.

2) LES ILEO-TRANSVERSOSTOMIES PALLIATIVES

Sur 16 malades, nous avons à noter *3 décès précoces :*

— *Ge... Marie-Louise,* femme de 78 ans, porteuse d'une grosse tumeur de l'ascendant, adhérente à la paroi abdominale, au foie, avec ascite sanglante, décédée le septième jour sans avoir repris son transit. Vérification nécropsique non faite.

— *Vi... Paul,* homme de 70 ans, porteur d'une tumeur cæcale envahissant massivement la paroi postérieure et accompagnée de métastases hépatiques. Fièvre post-opératoire inexpliquée. Collapsus et décès le dix-septième jour. Vérification nécropsique non faite.

— *Wa... René,* homme de 73 ans, porteur d'un cancer de l'angle droit, adhérant au duodéno-pancréas. Réintervention le huitième jour pour péritonite par lâchage partiel de la siuture. Toilette péritonéale et drainage. Mise en place d'une sonde de Pezzer par la déhiscence de la suture. Décès huit jours plus tard, avec complications pulmonaires et gros troubles hydro-électrolytiques impossibles à compenser.

Sept malades ont eu des suites que l'on peut qualifier de *normales,* compte tenu du fait qu'ils conservaient leur tumeur : ils ont repris leur transit intestinal dans les délais habituels et ont quitté l'hôpital,

apyrétiques, sans avoir présenté une complication quelconque. La reprise du transit a été quelquefois sollicitée par des injections de prostigmine et d'atropine, puis par la prise d'huile de paraffine.

Six malades, au contraire, ont pour le moins fait *quelques incidents post-opératoires :*

— 2 phlébothromboses des membres inférieurs, traitées par anticoagulants ;

— 1 malade a vu apparaître un œdème des deux membres inférieurs en même temps que son amaigrissement progressait ;

— 1 malade porteur d'une énorme tumeur de l'angle droit adhérente au duodéno-pancréas, est devenu ictérique à partir du cinquième jour, en même temps que son amaigrissement progressait de 6 kg en quelques semaines (il avait déjà maigri de 20 kg en trois mois avant l'intervention) ;

— 1 malade, porteuse d'une volumineuse tumeur cæcale perforée dans la paroi postérieure, avait eu un drainage par mèche. Une fistule stercorale cæcale s'est constituée et s'est tarie en deux mois environ ;

— 1 malade enfin a présenté une éruption d'aspect purpurique, sans doute d'origine allergique.

3) LES HEMICOLECTOMIES DROITES

a) Mortalité opératoire

Quatre décès sont à déplorer dans les suites immédiates sur les 41 hémicolectomies.

- *Deux par lâchage de suture*

— *Du... Pierre,* homme de 67 ans, en très mauvais état général (amaigrissement de 30 kg en un an. Anémie à 2.500.000, insuffisamment compensée par des transfusions, subfébrile, hypoprotidémique, souffrant par ailleurs d'une artérite des membres inférieurs, avec état pré-gangréneux des orteils. Tumeur du transverse droit sans envahissement lymphatique histologique. Dès les premiers jours post-opératoires : gros encombrement bronchique et écoulement séro-sanglant abondant par l'orifice de drainage. Le cinquième jour : iléus paralytique et collapsus cardio-vasculaire. Malgré trachéotomie et poursuite active de la réanimation : décès le dixième jour.

Vérification nécropsique : déhiscence de la suture sur 3 à 4 cm. Abcès péricolique et quantité abondante de pus dans l'abdomen. Par ailleurs, embolie pulmonaire gauche avec abcès pulmonaire juxta-diaphragmatique.

— *De... Henriette,* femme de 68 ans, aux antécédents de phlébite des membres inférieurs, fébrile, porteuse d'une tumeur de l'angle droit fistulisée dans le tiers droit

du transverse. Pas de difficulté opératoire particulière. Une douzaine d'heures après l'intervention : collapsus cardio-vasculaire brutal qui réagit mal à la perfusion de sang et à l'administration de néosynéphrine. L'abdomen n'est pas contracturé, mais tendu, donnant une impression de réplétion liquidienne. On intervient rapidement, une vingtaine d'heures après l'hémicolectomie, et on trouve *un infarctus étendu du grêle* sur 1,20 m environ. Résection qui ne laisse qu'environ 1 m de grêle, recoupe colique et nouvelle anastomose en tissu sain, novocaïnisation des mésos. Fermeture sans drainage. Dès le lendemain, perfusion d'héparine. Melœna et saignement persistant par la cicatrice font stopper les anticoagulants le troisième jour. Reprise du transit intestinal avec selles diarrhéiques nombreuses.

Apparition le neuvième jour, par la cicatrice médiane, d'un écoulement stercoral rapidement abondant. Eruption érythémateuse et ictère transitoires. Déclin progressif de l'état général. *Décès le trente et unième jour.*

Ici, doit être soulevé le problème étiologique de l'*infarctus mésentérique précoce*, chez cette malade sans antécédent de cardiopathie rhumatismale, d'arythmie ou d'artérite, ce qui semble permettre d'éliminer une cause artérielle. Faut-il plutôt incriminer une thrombose de la veine mésentérique supérieure ? Le compte rendu de la réintervention ne mentionne pas qu'on ait infiltré de novocaïne le mésentère infarci, ce qui laisse supposer que le sphacèle était déjà indiscutable. L'étiologie veineuse semble la seule possible, en supposant que le traumatisme opératoire au contact du tronc de la veine ait déterminé une thrombose. Ceci n'est cependant qu'une hypothèse, car la pièce de résection de l'infarctus n'a pas été examinée histologiquement.

Deuxième problème : celui de la *fistulisation de la nouvelle anastomose*. Là, on peut se demander si le traitement anti-coagulant institué dès le lendemain de la réintervention n'a pas favorisé la constitution de petits hématomes au niveau de la ligne de suture. Le melœna constaté précocement n'est pas un argument formel en faveur de cette hypothèse, car il peut aussi bien s'agir de l'évacuation du sang émis au moment de la constitution de l'infarctus.

La question du traumatisme veineux se retrouve à propos du troisième décès post-opératoire :

- *Un décès dans un tableau de collapsus au troisième jour*

— *Ro... Adrienne*, femme de 81 ans, aux antécédents de coronarite et de thrombose veineuse des membres inférieurs, porteuse d'une grosse tumeur de l'angle droit, adhérant au foie. Hémicolectomie avec ablation d'un fragment en coin de parenchyme hépatique. Lors de la dissection d'un foyer inflammatoire au niveau de l'origine de la colique supérieure droite, on fait une petite plaie de la veine mésentérique supérieure qui est suturée à la soie vasculaire.

Le troisième jour dans la soirée : malaise avec dyspnée de décubitus, cyanose, arythmie cardiaque, douleurs abdominales, collapsus, puis décès en quelques

heures. La vérification nécropsique a été faite, mais nous ne possédons que le compte rendu de l'examen cardiaque qui n'a pas montré d'infarctus récent. Le matin du jour du décès, auraient été émis quelques gaz et des glaires. On en est réduit aux hypothèses quant à la cause exacte du décès : embolie pulmonaire ou bien peut-être infarctus mésentérique par thrombose de la veine mésentérique supérieure ?

• *Un décès par embolie pulmonaire*

— Co... *Louise,* femme de 78 ans, aux antécédents de coronarite, porteuse d'une tumeur de l'ascendant. Le cinquième jour, elle fait un malaise transitoire avec lipothymie, polypnée, cyanose, collapsus transitoire avec à l'électrocardiogramme des signes d'ischémie-lésion antérieure. Quelques heures plus tard, nouvel accident dyspnéique avec important foyer pulmonaire de la base droite. Décès. La vérification a montré une embolie pulmonaire droite avec infarctus complet du lobe inférieur droit et dilatation globale des cavités cardiaques droites, sans aspect d'infarctus myocardique récent.

b) Morbidité post-opératoire

Trente-sept malades opérés d'hémicolectomie droite ont donc survécu.

• *Vingt-trois ont eu des suites absolument normales,* soit plus de la moitié. La température est rapidement et définitivement revenue à la normale. Le transit digestif et l'alimentation ont été repris le troisième ou le quatrième jour. La cicatrisation s'est faite dans de bonnes conditions.

• *Quatorze malades ont eu des suites compliquées :*

— 2 malades ont présenté un foyer pulmonaire rapporté à un infarctus traité par les anti-coagulants et qui a guéri.

— 3 malades ont fait un accident de *thrombose veineuse* des membres inférieurs, traité par les anti-coagulants et guéri.

— 1 malade âgée de 78 ans a fait, le septième jour, un *iléus* manifestement paralytique et guéri rapidement par le traitement médical.

— 3 malades ont eu une *suppuration,* soit au niveau de leur cicatrice, soit par l'orifice de drainage.

— 1 malade a présenté une *fièvre* post-opératoire inexpliquée.

— 1 autre a souffert d'une *poussée diarrhéique* qui a bien réagi au traitement médical.

— 2 malades, enfin, ont fait des *accidents liés directement à l'anastomose :*

a) Une *petite fistule* :

— *Fo... Lucien,* homme de 72 ans, anémique. Transfusions pré-opératoires. Hémicolectomie droite facile pour tumeur du cæcum. Au vingt-troisième jour, apparition d'une petite fistule stercorale par l'orifice du drainage. Guérison spontanée en quelques semaines.

b) Une *péritonite* :

— *Al... Marie,* femme de 70 ans ayant présenté un *amaigrissement de 20 kg,* porteuse d'un squirrhe de l'ascendant. Le douzième jour, tableau clinique de péritonite. Réintervention immédiate. On trouve une péritonite pyo-gazeuse due à une petite déhiscence de l'anastomose. Quelques points enfouissants sur la désunion. Toilette péritonéale et drainage. Guérison après survenue d'une phlébo-thrombose d'un membre inférieur traitée par les anticoagulants. Il est à noter qu'il s'agissait d'une des très rares malades dont le côlon était mal préparé.

IV. — CONCLUSION

En conclusion de ce chapitre :

1) SUR LE PLAN TECHNIQUE

Deux types d'intervention seulement ont été réalisés :
— soit l'iléo-transversostomie palliative ;
— soit l'hémicolectomie droite.

Il n'a jamais été pratiqué de résection segmentaire :
— soit à visée curatrice, devant une petite tumeur du cæcum par exemple ;
— soit à visée palliative, devant une tumeur encore peu adhérente, mais accompagnée d'un gros envahissement ganglionnaire ou de métastases hépatiques.

Les hémicolectomies terminées par anastomose latéro-latérale ont toujours été faites avec fermeture des bouts intestinaux. On n'a jamais utilisé le procédé dit de la soupape par sonde de Pezzer introduite dans le bout colique.

2) LA RESECABILITE

Le taux de résécabilité que nous avons observé est de 41 sur 61 cas, soit 67 % environ.

Bienaymé donne un taux de 62,5 %. Ces chiffres sont voisins de ceux de la plupart des statistiques récentes, si on en exclut toutefois les résections segmentaires à visée manifestement palliative pratiquées par certains auteurs.

Muir, en 1956, sur 109 côlons droits vus en dix ans dans un hôpital général, donne un taux de 65 %.

Yovanovitch, en 1958, sur 63 cas, donne 76 %.

Sénèque et Chatelin, en 1957, sur 40 cas : 77 %.

Si nous donnons la résécabilité suivant nos différentes localisations, nous obtenons les chiffres suivants :

Localisation	*Nombre de cas*	*Hémicolectomies*	*Taux*
Cæcum	20	12	60
Juxta-valvulaire	4	3	75
Ascendant	20	15	75
Angle droit	12	7	58
Transverse droit	4	3	75
Double localisation	1	1	

Smiddy et Goligher donnent leur taux de résécabilité suivant la localisation. En 1957, pour 79 hémicolectomies :

— Angle droit ..... 58 %
— Ascendant ..... 50 %
— Cæcum ..... 57 %

De même, Bienaymé :

— Cæcum et ascendant ..... 75 %
— Angle droit ..... 50 %

Bien que ces pourcentages calculés sur un petit nombre de cas ne présentent pas une grande valeur statistique, on peut cependant noter que c'est la localisation à l'angle droit qui donne le taux le plus faible.

3) L'ENVAHISSEMENT DE VOISINAGE PAR LA TUMEUR

Nécessitant un élargissement réalisable de l'exérèse, il est signalé par de nombreux auteurs.

Nous en avons 9 cas, on l'a vu.

Yovanovitch dit en avoir plusieurs sur ses 63 cas, sans donner plus de précision.

Peycelon et Replumaz citent 2 cas :

— une adhérence à une anse jéjunale de voisinage réséquée avec la tumeur ;

— une adhérence hépatique et duodénale, traitée par hépatectomie partielle et duodénectomie de D2.

Delannoy, en 1954, avait eu l'occasion de retirer dans ces conditions la vésicule biliaire et une pastille de paroi duodénale.

Gallagher, à propos de 8 cancers de l'angle droit, étudie tout particulièrement les adhérences duodéno-pancréatiques :

Deux cas très étendus n'ont pu bénéficier que d'une iléo-transversostomie.

Deux autres cas, dont un avec fistule duodéno-colique, ont subi une hémicolectomie droite élargie par duodéno-pancréatectomie céphalique, l'ensemble étant réalisé en un temps.

Deux autres cas n'ont été traités que par hémicolectomie droite rendue difficile du fait des adhérences duodéno-pancréatiques. Dans l'un d'entre eux, a été faite une excision de la paroi musculaire du duodénum.

Un cas enfin, avec adhérence à la paroi abdominale, a subi une ablation partielle du *fascia transversalis*.

L'auteur cite les travaux de Philips (1955), disant que 50 % des adhérences duodéno-pancréatiques sont inflammatoires plutôt que néoplasiques.

4) COMPARAISON DES TAUX DE MORTALITE DES HEMICOLECTOMIES

Nous avons 4 décès pour 41 hémicolectomies, ce qui représente approximativement 10 %. Voici quelques taux donnés dans des statistiques récentes :

Ginsburg, Freund et Dreiling : 9 pour 197, soit 4,5 %.
Muir : 6 pour 71, soit 8,4 %.
Smiddy et Goligher : 4 pour 79, soit 5 %.
Bienaymé : 10 sur 50, soit 20 % (statistique étalée de 1925 à 1955).
Sénèque et Chatelin : 2 pour 31, soit 6,4 %.
Bertrand et Gilbertas : 6 pour 40 (depuis 1946), soit 15 %.
Grimoud : 5 pour 27, soit 18 %.
Mosimann : 18 %.

Il faut reconnaître que, dans l'ensemble, c'est dans les hôpitaux dits généraux, où est admis le tout-venant des malades, que s'observent les taux les plus bas de résécabilité et les pourcentages les plus élevés de malades vus en occlusion aiguë et de décès post-opératoires.

5) LES CANCERS EN OCCLUSION

Rappelons que dans notre série, 5 cas en ont été opérés :

— Deux concernaient des tumeurs dont l'exérèse n'était pas possible ou qui étaient accompagnées de métastases hépatiques (*Bo... Gilles* et *Du... Noémie*). Il leur a été fait une iléo-transversostomie définitive.

— Une (*Al... Laurence*), due à une tumeur du cæcum, a été traitée par iléo-transversostomie première avec exclusion unilatérale, suivie de l'hémicolectomie trois semaines plus tard.

— Deux enfin (*Co... Firmin*, squirrhe de l'angle droit ; et *La... Estelle*, squirrhe du transverse droit) ont été traitées avec succès par hémicolectomie droite d'emblée après traitement médical préparatoire de rééquilibration et d'aspiration gastro-duodénale.

Ces trois derniers opérés sont encore en vie après neuf ans, quatre ans et trois ans et demi.

Ces différents cas qui se sont terminés favorablement sont en trop petit nombre pour qu'on puisse accorder un bon pronostic aux cancers du côlon droit en occlusion aiguë. Il est vrai que ULIN, en 1959, sur 227 cancers du côlon en occlusion, en trouve 28 au niveau du côlon droit. Quatorze résections « primaires » ont été faites avec seulement 1 décès.

THOMERET, en 1962, cite plusieurs cas traités avec succès par hémicolectomie droite en un temps après préparation médicale.

SUITES OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉES ET SURVIE

Nous les étudierons suivant le type d'intervention pratiquée.

I. — LES LAPAROTOMIES EXPLORATRICES SIMPLES (4)

Nous n'avons pas retrouvé la trace de 2 malades (*Ro... Marguerite* et *Le... Suzanne*). Des deux autres, l'un est décédé au bout de quinze jours (*Gr... Paul*), l'autre a survécu cinq mois (*Ch... Marie*).

II. — LES ILÉO-TRANSVERSOSTOMIES

Sur les 13 malades qui avaient survécu aux suites opératoires immédiates, 4 ont été perdus de vue (*Gu... Elisabeth ; Du... Noémie ; Co... Abraham ; Le... Désiré*).

Les 9 autres ont eu des survies :

— de 1 mois (*Gl... Robert*) ;
— de 2 mois (*Cr... Anna*) ;
— de 2 mois 1/2 (*Va... Raymond*) ;
— de 3 mois (*Ga... Adrienne ; Bo... Gilles*) ;
— de 4 mois (*Ba... Augustine ; Pe... Jeanne*) ;
— de 4 mois 1/2 (*Ga... Marie*) ;
— de 5 mois (*In...*) ;

ce qui représente une survie moyenne très approximative de trois mois environ sur les malades dont nous avons pu retrouver la trace.

III. — LES HÉMICOLECTOMIES DROITES

Le total de 61 malades qui ont l'objet de cette étude représente tous ceux qui ont été opérés jusqu'au 31 décembre 1961. Les cas plus récents ne sont pas entrés en compte.

Pour le calcul des survies, nous avons arrêté notre étude au 1er avril 1962.

Trente-sept hémicolectomies, on l'a vu, avaient survécu aux suites opératoires immédiates.

1) MALADES PERDUS DE VUE

Trois malades ont été perdus de vue :

— *No... Maurice,* un an après l'intervention.

— *Dh... Suzanne.*

— *St...*

2) MALADES DECEDES

Quinze malades sont décédés :

— *Di... Maurice,* au bout de deux mois : cause inconnue.

— *Po... Virginie,* au bout de trois mois : cause inconnue.

— *Mi... Joseph,* au bout de trois mois, dix-huit jours après une intervention pour occlusion faite ailleurs et dont nous n'avons pas pu obtenir le compte rendu.

— *Hi... Auguste,* au bout de six mois : cause inconnue.

— *Ba... Monique* et *La... Marguerite,* au bout de sept mois : cause inconnue.

— *Ra... Germain,* au bout de huit mois, de récidive abdominale massive.

— *Pe... Henri,* au bout de neuf mois, par récidive locale.

— *Al...,* au bout de un an, de récidive pelvienne probablement de l'épithélioma ovarien opéré en même temps.

— *Du... Eugène,* au bout d'un an, de crise cardiaque.

— *Ri... Rose,* au bout d'un an : cause inconnue.

— *Sa... Francine,* au bout d'un an et deux mois, de récidive abdominale.

Cette malade avait été opérée à Foch au septième mois pour occlusion du grêle sur bride. L'intervention avait découvert en plus une récidive devant les vaisseaux iliaques droits avec adhérence à la dernière anse grêle. La bride avait été sectionnée et une nouvelle iléo-transversostomie avait été faite sur l'avant-dernière anse grêle, sans exérèse de la récidive.

— *Sa...,* au bout d'un an et huit mois, de congestion pulmonaire grippale.

— *Da... Pierre,* au bout de quatre ans, par métastase pulmonaire probable.

— *Ba... Georges,* au bout de quatre ans, par métastases hépatiques. Ce malade avait été opéré ailleurs au onzième mois pour occlusion. Nous n'avons pas pu obtenir le compte rendu de l'intervention.

Au total, si on impute au cancer les décès de cause inconnue, on trouve 12 décès dus au cancer du côlon droit, dont 5 certains, et 3 décès de cause médicale générale.

3) MALADES VIVANTS

Dix-neuf malades sont actuellement vivants sans signes apparents de récidive ou de métastases.

Depuis l'intervention, un certain nombre d'entre eux (7) ont présenté des épisodes pathologiques :

— *Vi... Yvonne,* a été réopérée trois ans et demi plus tard pour cure d'éventration cicatricielle. La grande cavité abdominale n'a pas été explorée à cette occasion.

— *Po... Germaine,* a présenté à deux mois et demi un ictère transitoire.

— *Pa... Françoise,* a eu pendant plusieurs mois une petite fistule d'aspect non stercoral par son orifice de drainage.

— *Jo...,* quinze mois plus tard, a présenté un épithélioma du côlon sigmoïde. Il lui a été fait une colectomie segmentaire. Il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire. Histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma cylindro-cubique végétant. Le cancer de l'ascendant était cylindrique glandulaire. C'est notre deuxième cas de cancers coliques multiples, cette fois-ci successifs.

— *Al... Laurence,* se plaignant de douleurs iliaques droites persistantes huit mois plus tard, un lavement baryté de contrôle a été pratiqué. Il montrait un important cul-de-sac colique transverse alors que le cul-de-sac iléal était minime. La réintervention pour colectomie segmentaire de ce cul-de-sac a montré qu'il ne s'agissait pas de la distension du cul-de-sac anastomotique. Lors de l'hémicolectomie qui, rappelons-le, avait été précédée d'une iléo-transversostomie avec exclusion unilatérale, l'opérateur avait certainement méconnu le siège exact de l'anastomose et fait une résection colique trop économe. L'adhérence de l'anse grêle anastomotique au côlon en amont de l'anastomose avait été la cause de la méprise. L'examen histologique de la pièce opératoire a montré la présence de deux polypes non dégénérés.

La survenue ultérieure de plusieurs poussées importantes de côlite avec émissions sanglantes fait découvrir un nouveau polype du côlon descendant. Quinze mois après, l'hémicolectomie droite est faite sous coloscopie per-opératoire, une totalisation de la colectomie avec anastomose iléo-rectale latéro-terminale et Noble complet. L'examen de la pièce opératoire a montré plusieurs polypes dont un en voie de dégénérescence.

Cette malade a encore subi ultérieurement l'ablation d'un polype utérin accouché par le col.

— *Ma... Jacqueline,* occlusion du grêle sur bride, opérée dix-huit mois plus tard à Foch. Pas de récidive, ni de métastase visible à l'exploration abdominale.

— *Pa... Françoise,* opérée huit ans plus tard de hernie étranglée.

4) REMARQUES

Plusieurs remarques s'imposent devant la constatation des accidents évolutifs lointains tant à propos des survivants que des morts.

a) Les occlusions post-opératoires

Elles sont au nombre de 4.

Elles sont survenues au bout de deux mois et demi, sept mois, onze mois et dix-huit mois. Nous possédons les comptes rendus opératoires de deux d'entre elles opérées à Foch. Il s'agissait bien d'occlusions du grêle sur bride et non pas d'incarcération dans une brèche péritonéale. Des deux autres, une n'était sans doute pas due à une récidive (*Ba... Georges*), puisque le malade a survécu plus de trois ans à cette réintervention. La dernière (*Mi... Joseph*) reste de cause inconnue.

b) Les récidives abdominales et les métastases

Si, comme nous l'avons dit, on impute au cancer les décès de cause inconnue, on peut dire que la majorité des récidives sont survenues rapidement :

— 4 dans les six premiers mois ;
— 6 de six mois à un an ;
— 2 au bout de quatre ans.

1° *Suivant l'envahissement local ou lymphatique :*

— Sur les 4 premiers décès, 3 concernent des malades qui ont subi une hémicolectomie « élargie » et dont 1 présentait un envahissement ganglionnaire histologique, le quatrième étant décédé des suites de réintervention pour occlusion de cause inconnue.

— Sur les 6 suivants, 2 concernent des exérèses élargies et 3 des malades qui avaient un envahissement ganglionnaire histologique.

— Sur les 2 derniers, un concernait un cancer avec envahissement ganglionnaire.

Donc, sur les 12 décès par récidive ou métastase au moins présumée, il existait 9 fois un envahissement local ou lymphatique.

2° *Suivant la localisation* et si on tient compte cette fois des 3 opérés perdus de vue :

On voit que c'est la localisation à l'ascendant qui donne la plus forte proportion de récidives. Bienaymé avait fait la même constatation.

Contrairement à certains auteurs, nous ne pouvons faire état d'aucun cas d'exérèse de récidives.

Siège	*Exérèses*	*Perdus de vue*	*Récidives*
Cæcum	12	1	2
Juxta-valvulaire	3	1	0
Ascendant	15	0	7
Angle droit	7	0	2
Transverse droit	3	0	1
Double localisation	1	1	0
Total :	41	3	12

5) DUREE DE SURVIE EN FONCTION DE L'ENVAHISSEMENT

a) Les hémicolectomies « élargies »

Elles sont au nombre de 9, on l'a vu : 8 ont survécu aux suites immédiates :

— 2 décès dans les trois mois, de cause non précisée ;
— 1 décès à six mois, de cause non précisée ;
— 1 décès à sept mois, de cause non précisée ;
— 1 décès à un an, de crise cardiaque ;
— 1 décès à un an et deux mois, de récidive ;
— 2 survies de un an et dix mois, et un an et onze mois.

La survie moyenne est donc de onze mois. Elle ne peut pas être comparée à la survie moyenne de trois mois des malades qui n'ont bénéficié que d'une iléo-transversostomie, car il s'agit de malades dont l'envahissement local n'était pas massif et qui n'avaient ni métastases hépatiques ni envahissement ganglionnaire le long de l'axe mésentérique.

b) L'envahissement lymphatique

Huit fois, on l'a vu, existait sur les pièces d'exérèse un envahissement histologique des ganglions :

— 3 malades sont décédés de cause non précisée, à trois mois, neuf mois, un an ;
— 1, à huit mois, de récidive abdominale ;
— 1, à quatre ans, de métastases hépatiques ;

— 3 sont actuellement en vie :
  — 1, après huit ans et dix mois (c'est le seul survivant des 5 malades opérés depuis plus de cinq ans avec envahissement ganglionnaire) ;
  — 2, après un an et onze mois.

Le trop petit nombre de cas dont il s'agit ne permet pas de porter un jugement de valeur sur le pronostic.

6) RESULTATS FONCTIONNELS

Ils sont, dans l'ensemble, excellents. L'hémicolectomie droite est, on le sait, une mutilation bien supportée.

a) Le transit

Mettons à part le cas de *Al... Laurence* qui a subi une colectomie subtotale. Cette malade suit autant que possible un régime sans résidus. Elle a habituellement 4 à 5 selles molles par jour.

Quatorze opérés ont une selle unique et bien moulée chaque jour.

Trois signalent assez souvent une deuxième selle plus molle le soir.

Une opérée va régulièrement trois fois par jour à la selle.

La plupart des opérés ne suivent aucun régime. Quelques-uns restreignent modérément la prise de légumes verts et de fruits crus.

b) Les douleurs

Deux opérés signalent d'épisodiques sensations de ballonnement hypogastrique (l'un d'eux est porteur d'une anastomose iléo-transverse termino-terminale).

Aucun d'eux ne s'est plaint de pesanteurs persistantes dans une région fixe de l'abdomen pouvant évoquer un accident de distension d'un cul-de-sac de l'anastomose latéro-latérale (mis à part le cas de *Al... Laurence* que nous avons déjà étudié).

Il a été difficile de faire accepter à 3 opérés un lavement baryté de contrôle que les autres opérés revus avaient refusé et dont ils ne comprenaient pas l'utilité.

Deux contrôles faits un an et trois ans après l'hémicolectomie ont montré des culs-de-sac minimes presque inapparents.

c) La paroi

Une femme a dû être réopérée d'une éventration.

Deux présentent un certain diastasis des droits, non gênant.

7) LA SURVIE A CINQ ANS

Pour les 14 hémicolectomies faites depuis plus de cinq ans, 6 opérés sont vivants. Un est perdu de vue.

Nous donnons pour chacun d'eux l'âge au moment de l'intervention et, par le signe (+) ou (—), l'envahissement ganglionnaire histologique. Signalons que sur ces 14 cas, 2 ont comporté des exérèses « élargies » faites sur des malades actuellement décédés.

— *Po... Germaine,* 54 ans, angle droit (0), neuf ans huit mois.
— *Al... Laurence,* 47 ans, cæcum (0), neuf ans sept mois.
— *Le... Marguerite,* 36 ans, ascendant (+), huit ans dix mois.
— *Pa... Françoise,* 82 ans, ascendant (0), huit ans sept mois.
— *Se... Louise,* 69 ans, juxta-valvulaire (0), huit ans.
— *Le... Jean,* 78 ans, cæcum (0), 6 ans sept mois.

Ceci représente un taux de survie de 42 % environ, ce chiffre n'ayant qu'une valeur statistique médiocre, compte tenu du petit nombre de cas.

GILBERTSEN donne, sur 97 hémicolectomies simples : 69,5 %, et sur 28 exérèses élargies : 39 %.

A titre indicatif, voici la liste de nos 13 autres survivants sur les 27 hémicolectomies faites depuis moins de cinq ans. Sept d'entre elles avaient été « élargies ». Nous le mentionnerons par le signe (E). Deux ont été perdus de vue.

— *Jo...,* 73 ans, ascendant (0), quatre ans et onze mois.
— *Al... Marie,* 70 ans, ascendant (0), quatre ans et demi.
— *La... Estelle,* 60 ans, transverse droit (0), quatre ans et deux mois.
— *Ma... Jacqueline,* 27 ans, cæcum (0), trois ans et sept mois.
— *Vi... Yvonne,* 62 ans, cæcum (0), trois ans et demi.
— *Co... Firmin,* 78 ans, angle droit (0), trois ans et demi.
— *Fo... Lucien,* 72 ans, cæcum (0), trois ans et quatre mois.
— *Fr... Alice,* 75 ans, ascendant (0), deux ans et trois mois.
— *Qu... Jean,* 82 ans, cæcum (+), un an et onze mois.
— *Bi... Lucienne,* 79 ans, ascendant (+) (E), un an et onze mois.
— *Ro... Jean,* 68 ans, ascendant (0) (E), un an et dix mois.
— *Ma... Georgette,* 68 ans, cæcum (0), un an et cinq mois.
— *Ma... Emilienne,* 70 ans, juxta-valvulaire (0), un an.

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

I. — TUMEURS NON COMPLIQUÉES

C'est-à-dire tumeur mobile sans envahissement métastatique ni ganglionnaire le long de l'axe mésentérique sur un malade dont l'état général a pu être remonté de façon satisfaisante.

Dans ce cas : hémicolectomie droite en un temps.

Le mode d'anastomose n'a qu'une importance secondaire : la latéro-latérale, à condition d'être techniquement correcte, ne nous a pas semblé donner d'accidents de distension des culs-de-sac.

II. — CANCERS EN OCCLUSION

Il faut toujours faire une tentative de traitement médical, par lavement, aspiration gastro-duodénale, réhydratation. Nous n'avons pas d'expérience de l'intubation du grêle par sonde type Miller-Abbott.

Les résultats de ce traitement se jugent au bout d'un à deux jours :

— s'il réussit franchement, on entreprend aussitôt la préparation colique habituelle pour faire l'hémicolectomie droite si elle est réalisable ;

— en cas de résultat nul, ou incomplet, il faut alors intervenir vite.

Si le malade est encore en bon état, l'occlusion récente, l'intestin peu distendu, on est autorisé à tenter l'hémicolectomie si elle se présente facilement.

Sinon, il faudra se résoudre à faire une iléo-transversostomie de préférence sans exclusion.

Quant à la cæcostomie, nous n'y aurions recours que comme un pis-aller devant un malade mourant.

III. – CANCERS INFECTÉS

Il faut les dépister devant la fièvre, la leucocytose, le caractère douloureux et empâté de la tumeur éventuelle.

Sous condition d'une antibiothérapie massive pendant les quelques jours de préparation, on doit pouvoir faire une hémicolectomie en un temps.

IV. — CANCERS PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

Nous n'en avons trouvé aucun dans cette série, mais notre tendance serait de faire rapidement après quelques heures de réanimation une hémicolectomie en un temps, que la perforation siège au niveau du cancer ou en amont.

V. — LES TUMEURS AVANCÉES

Ici, se discute l'opportunité éventuelle d'une exérèse élargie. Nous pensons que des adhérences à la paroi abdominale, à la loge rénale, à une anse grêle, valent la peine d'être retirées avec la tumeur. Par contre, des adhérences duodéno-pancréatiques étendues, hépatiques, ne justifieraient pas, à notre sens, des opérations franchement élargies. Devant une tumeur encore mobile mais accompagnée de métastases péritonéales ou hépatiques, il n'a jamais été pratiqué d'exérèses segmentaires à visée palliative et nous ne pensons pas qu'il y ait à le regretter. Dans tous ces cas, l'iléo-transversostomie garde à notre sens toutes ses indications. Enfin, devant une carcinose péritonéale avec ascite, la prudence élémentaire commande de s'abstenir de tout acte même palliatif.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

• OBS. N° 1 : Mme Al..., 49 ans.

Depuis sept mois : crises douloureuses iliaques droites, ballonnement, asthénie, pâleur.

L.B. : défilé tortueux de la branche efférente de l'angle droit.

3 janvier 1956 : tumeur extirpable de l'angle droit ; hémicolectomie droite. Tumeur végétante des deux ovaires avec essaimage dans le Douglas. Hystérectomie subtotale.

Métastase pelvienne apparue deux mois plus tard.

Radiothérapie pelvienne, puis traitement à l'E.39.

Décès en 1957.

• OBS. N° 2 : Al... Marie, 70 ans.

Depuis sept mois : constipation, crises coliques, amaigrissement de 20 kg. Météorisme.

L.B. : virole de l'ascendant.

13 septembre 1957 : hémicolectomie droite.

Le douzième jour, réintervention pour péritonite pyo-gazeuse, traitée par colmatage de la déhiscence de la suture + drainage abdominal. Phlébo-thrombose.

Avril 1962 : va bien. Diastasis des droits.

• OBS. N° 3 : Al... Laurence, 47 ans.

7 août 1952 : occlusion par tumeur cæcale : iléo-transversostomie avec exclusion unilatérale.

29 août 1952 : hémicolectomie droite + cholécystectomie pour lithiase.

Mai 1953 : colectomie segmentaire du cul-de-sac transverse d'amont (hémicolectomie précédente trop économe) contenant des polypes non dégénérés.

Poussées de côlite avec émissions sanglantes.

Janvier 1954 : totalisation de la colectomie avec anastomose iléo-rectale et opération de Noble (polype du côlon gauche en voie de dégénérescence).

Novembre 1954 : ablation d'un polype utérin accouché par le col.

Avril 1962 : 4 ou 5 selles molles par jour.

• OBS. N° 4 : Ba... Monique, 86 ans

Depuis trois mois, constipation, amaigrissement.
Virole de l'angle droit.
4 juillet 1958 : hémicolectomie droite.
Décès le 6 février 1959 : cause inconnue.

• OBS. N° 5 : Ba... Georges, 57 ans.

Depuis dix-huit mois, plusieurs crises douloureuses de l'hypocondre droit avec amaigrissement. Tumeur iliaque droite.

8 avril 1953 : hémicolectomie droite pour grosse tumeur cæcale ; opéré le 13 mars 1954 en province pour occlusion (cause non connue).

Décès le 29 juillet 1957 par métastases hépatiques.

• OBS. N° 6 : Ba... Augustine, 78 ans.

Depuis un an, asthénie, anorexie, amaigrissement.

16 juin 1953 : laparotomie : tumeur inextirpable de l'angle droit. Iléo-transversostomie.

Décès en octobre 1953.

• OBS. N° 7 : Bi... Lucienne, 79 ans.

Amaigrissement, asthénie d'apparition récente. Lacune étendue du côlon ascendant.

12 avril 1960 : hémicolectomie droite, emportant un fragment de loge rénale, avec anastomose iléo-transverse termino-terminale. Envahissement des ganglions cæco-coliques distaux. Embolie pulmonaire le douzième jour.

Mars 1962 : 3 selles par jour. Quelquefois, ballonnement abdominal.

• OBS. N° 8 : Bo... Gilles, 50 ans.

Depuis trois mois : amaigrissement de 20 kg, diarrhée, puis occlusion.

22 juin 1953 : énorme tumeur de l'angle droit, adhérant au duodéno-pancréas. Iléo-transversostomie. Ictère à partir du cinquième jour.

Décès le 29 septembre 1953.

• OBS. N° 9 : Ch... Marie, 74 ans.

Apparition récente de crises douloureuses abdominales, avec amaigrissement.

L.B. : polype recto-sigmoïdien d'allure villeuse.

17 septembre 1954 : laparotomie : carcinose sans doute à point de départ cæcal.

Décès le 20 février 1955.

• OBS. N° 10 : Co... Abraham, 58 ans.

Depuis un an : crises douloureuses iliaques droites. Masse iliaque droite.

31 mai 1961 : gros cancer cæcal adhérant en arrière avec envahissement ganglionnaire massif. Iléo-transversostomie.

Malade perdu de vue.

• OBS. N° 11 : Co... Louise, 79 ans.

Apparition récente de crises coliques avec amaigrissement. Tumeur iliaque droite.

13 janvier 1960 : tumeur de l'ascendant. Hémicolectomie droite.

Décès le sixième jour par embolie pulmonaire.

• OBS. N° 12 : Co... Firmin, 78 ans.

En mars 1958 : occlusion aiguë traitée par appendicectomie. Iléotomie.

En août : abcès de paroi : pus, puis fistule stercorale.

En septembre : état occlusif.

12 septembre 1958 : squirrhe de l'angle droit. La fistule était cæcale. Hémicolectomie droite.

Avril 1962 : deux selles par jour, petit diastasis des droits.

• OBS. N° 13 : Cr... Anna, 86 ans.

Subocclusion depuis deux mois. Masse iliaque droite.

3 août 1960 : iléo-transversostomie pour volumineuse tumeur cæcale adhérant aux parois antérieure et postérieure. Phlébo-thrombose.

Décès deux mois plus tard.

• OBS. N° 14 : Da... Pierre, 77 ans.

Depuis trois mois : diarrhée et constipation. Amaigrissement. Tumeur de l'angle droit.

22 septembre 1954 : hémicolectomie droite. Un ganglion envahi.

Décès quatre ans plus tard, probablement par métastases pulmonaires.

• OBS. N° 15 : De... Henriette, 68 ans.

Depuis trois mois : troubles du transit, amaigrissement. Tumeur de l'angle droit fistulisée dans le tiers droit du transverse.

21 mars 1958 : hémicolectomie droite.

Le lendemain, réintervention pour infarctus massif du grêle. Résection étendue. Fistule massive le neuvième jour.

Décès le trente et unième jour.

• OBS. N° 16 : Dh... Suzanne, 63 ans.

Depuis dix-huit mois : diarrhée, asthénie, une hémorragie intestinale.

1er avril 1960 : hémicolectomie droite pour tumeur cæcale semblant prédominer sur la valvule.

Malade perdue de vue.

• OBS. N° 17 : Di... Maurice, 47 ans.

Un mois auparavant : crise douloureuse et fébrile de l'hypocondre droit. Tuméfaction diffuse de cette région. Lacune du transverse droit avec issue de baryte vers le haut.

28 juin 1954 : cancer du transverse droit, fistulisé dans l'estomac. Gastro-hémicolectomie droite, avec ablation du fond vésiculaire et d'une pastille de paroi du troisième duodénum.

Suites immédiates normales.

Décès le 14 août 1954 de cause non précisée.

• OBS. N° 18 : Du... Noémie, 72 ans.

Deux mois plus tôt : douleurs de l'hypocondre droit, diarrhée, puis occlusion.

18 septembre 1957 : cancer de l'ascendant avec métastases hépatiques. Iléo-transversostomie.

Malade perdue de vue.

• OBS. N° 19 : Du... Eugène, 80 ans.

Depuis cinq mois : diarrhée, amaigrissement. Empâtement iliaque droit.

19 juin 1959 : tumeur cæcale envahissant les plans postérieurs. Hémicolectomie droite emportant un peu des muscles postérieurs.

Suites opératoires : suppuration pariétale et par le drainage.

Décès en 1960 de crise cardiaque.

• OBS. N° 20 : Du... Pierre, 67 ans

Amaigrissement important, anémie, énorme tumeur du transverse droit.

2 février 1960 : hémicolectomie droite.

Décès le dixième jour par lâchage de suture, avec péritonite. Embolie pulmonaire.

• OBS. N° 21 : Fo... Lucien, 72 ans.

Douleurs intermittentes iliaques droites. Tumeur mobile. Lacune centrale du cæcum.

21 novembre 1958 : hémicolectomie droite.

Vingt-troisième jour : fistule stercorale transitoire.

Avril 1962 : va très bien. Lavement baryté : culs-de-sac à peine visibles.

• OBS. N° 22 : Fr... Alice, 75 ans.

Depuis deux ans : anémie, amaigrissement de 20 kg. Douleurs dorsales attribuées à un angiome de la huitième vertèbre dorsale. Radiothérapie : amélioration transitoire.

Découverte d'une lacune du côlon ascendant.

Janvier 1959 : hémicolectomie droite. Suites normales.

Avril 1962 : persistance des douleurs dorsales non améliorées par radiothérapie, puis cordotomie.

• OBS. N° 23 : Ga... Adrienne, 76 ans.

Depuis quatre mois : troubles du transit, amaigrissement, fièvre.

Tumeur palpable.

23 août 1960 : iléo-transversostomie pour énorme tumeur de l'ascendant avec envahissement ganglionnaire multiple et métastases hépatiques.

Décès trois mois plus tard.

• OBS. N° 24 : Ga... Marie, 74 ans.

Depuis cinq mois : amaigrissement de 11 kg, avec anorexie. Tumeur iliaque droite fixe.

19 mars 1954 : iléo-transversostomie pour tumeur cæcale adhérant en arrière, avec métastases hépatiques.

Décès le 4 août 1954.

• OBS. N° 25 : Gr... Marie, 78 ans.

Douleurs abdominales depuis quelques semaines. Tumeur du flanc.

7 août 1959 : tumeur de l'ascendant avec envahissement de la paroi abdominale antérieure et ascite sanglante. Iléo-transversostomie.

Décès le septième jour, sans reprise du transit.

• OBS. N° 26 : Gl... Robert, 68 ans.

Depuis quatre mois : constipation. Grosse tumeur iliaque droite.

12 février 1957 : tumeur cæcale. Nombreuses métastases hépatiques. Iléo-transversostomie.

Décès le 15 mars 1957.

• OBS. N° 27 : Gr... Paul, 71 ans.

Depuis six mois : douleurs épigastriques et altérations de l'état général.

11 mai 1956 : bloc indissécable noyant l'angle droit, le duodénum et le pylore. Métastases hépatiques diffuses.

Décès le 24 mai 1956.

• OBS. N° 28 : Gu... Elisabeth, 65 ans.

Depuis sept mois : coliques abdominales, diarrhée. Amaigrissement. Hémorragies.

Tumeur iliaque droite volumineuse.

5 août 1953 : volumineuse tumeur cæcale perforée en arrière. Méchage rétro-péritonéal. Iléo-transversostomie.

Suites : fistule stercorale tarie en deux mois ; phlébo-thrombose ; puis fièvre inexpliquée.

Malade perdue de vue.

• OBS. N° 29 : Hi... Auguste, 79 ans.

Depuis quatre mois : douleurs iliaques droites, constipation, amaigrissement. Tumeur douloureuse iliaque droite.

1er juillet 1957 : grosse tumeur cæcale adhérant en arrière. Hémicolectomie droite « en passant largement dans le rétro-péritoine ».

Décès le 23 janvier 1958 de cause non précisée.

• OBS. N° 30 : M. In..., 54 ans.

Anémie irréductible. Tumeur du flanc droit.

15 février 1956 : énorme tumeur de l'ascendant avec adénopathies inextirpables mésentériques supérieures. Iléo-transversostomie.

Décès le 7 juillet 1956.

• OBS. N° 31 : Mme Jo..., 73 ans.

Depuis un an : diarrhée, douleurs abdominales, amaigrissement de 8 kg. Tumeur palpable.

19 avril 1957 : tumeur de l'ascendant. Hémicolectomie droite.

4 juillet 1958 : cancer du sigmoïde. Colectomie segmentaire.

Avril 1962 : va très bien.

• OBS. N° 32 : La... Marguerite, 70 ans.

Depuis deux ans : amaigrissement, anémie.

Récemment : crise douloureuse du flanc droit, hémorragie. Tumeur palpable.

28 octobre 1960 : tumeur de l'ascendant adhérant à la paroi. Hémicolectomie droite emportant un fragment de paroi.

Décès sept mois plus tard : cause non précisée.

• OBS. N° 33 : La... Estelle, 60 ans.

Occlusion aiguë.

10 janvier 1958 : squirrhe du transverse droit. Hémicolectomie droite.

Avril 1962 : une selle par jour. Evite légumes verts et fruits crus.

• OBS. N° 34 : Le... Marguerite, 36 ans.

Depuis sept mois : crises douloureuses iliaques droites. Tumeur iliaque droite mobile.

18 juin 1953 : grosse tumeur de l'ascendant. Hémicolectomie droite. Envahissement ganglionnaire (épithélioma atypique sarcomatoïde).

Avril 1962 : va bien.

• OBS. N° 35 : Le... Jean, 78 ans.

Depuis quatre mois : amaigrissement. Tumeur du flanc.

19 août 1955 : tumeur du cæcum. Hémicolectomie droite.

Suites : embolie pulmonaire.

Avril 1962 : état digestif normal.

• OBS. N° 36 : Le... Suzanne, 70 ans.

Depuis sept mois : douleurs épigastriques, constipation. Masse du flanc droit. Tumeur du Douglas.

27 avril 1956 : carcinose péritonéale avec ascite, à point de départ cæcal.

Malade perdue de vue.

• OBS. N° 37 : Le... Désiré, 77 ans.

Depuis plus d'un an : diarrhée quelquefois sanglante. Masse iliaque droite.

18 juillet 1961 : cancer cæco-valvulaire avec métastases hépatiques. Iléo-transversostomie.

Malade perdu de vue.

• OBS. N° 38 : Ma... Georgette, 68 ans.

Depuis sept mois : diarrhée, puis constipation. Anémie. Tumeur iliaque droite.

Novembre 1960 : tumeur cæcale, hémicolectomie droite.

Avril 1962 : 1 ou 2 selles par jour, évite les légumes verts.

• OBS. N° 39 : Ma... Emilienne, 70 ans.

Depuis deux mois : anémie, hémorragies.

21 mars 1961 : squirrhe juxta-valvulaire. Hémicolectomie droite.

Avril 1962 : 1 selle par jour.

• OBS. N° 40 : Man... Jacqueline, 27 ans.

Depuis deux mois (après un accouchement) : douleurs péri-ombilicales. Masse du flanc droit, molle, sensible. Lavement baryté : images d'invagination.

22 août 1958 : invagination iléo-cæco-colique. Désinvagination. Hémicolectomie droite. Deux petites tumeurs du cæcum, grosses comme une noix.

Dix-huit mois plus tard : occlusion sur bride.

Avril 1962 : 2 selles par jour.

• OBS. N° 41 : Mi... Joseph, 70 ans.

Depuis sept mois : amaigrissement important ; douleurs épigastriques. Empâtement iliaque droit.

27 avril 1956 : tumeur de l'ascendant avec adhérence inflammatoire à D3. Hémicolectomie droite.

Décès le 5 août 1956, dix-huit jours après une intervention pour occlusion intestinale de cause non précisée.

• OBS. N° 42 : No... Maurice, 48 ans.

Depuis six mois : douleurs iliaques droites, diarrhée. Vu en urgence pour crise aiguë, fébrile, avec hyperleucocytose à 18.000.

26 décembre 1955 : Mac Burney, puis médiane : tumeur cæcale et tumeur du transverse droit. Une métastase épiploïque. Hémicolectomie droite.

Un an plus tard, lavement baryté : cul-de-sac iléal gros comme un œuf de pigeon.

Malade perdu de vue par la suite.

• OBS. N° 43 : Pa... Françoise, 82 ans.

Depuis six mois : diarrhée avec quelquefois hémorragies. Tumeur iliaque droite.

21 août 1953 : grosse tumeur de l'ascendant. Hémicolectomie droite. Opérée de hernie étranglée en novembre 1961.

Avril 1962 : état digestif satisfaisant.

• OBS. N° 44 : Pe... Henri, 60 ans.

Depuis quatre mois : crises coliques, amaigrissement, masse de l'hypocondre droit.

11 mai 1955 : grosse tumeur du cæco-ascendant. Hémicolectomie droite. Envahissement ganglionnaire.

Décès neuf mois plus tard.

• OBS. N° 45 : Pe... Jeanne, 68 ans.

Depuis deux mois : diarrhée, hémorragies, amaigrissement. Masse du flanc droit.

29 novembre 1960 : cancer de l'angle droit, avec envahissement ganglionnaire massif. Adhérence à D2. Iléo-transversostomie.

Décès quatre mois plus tard.

• OBS. N° 46 : Po... Germaine, 54 ans.

Depuis deux mois : douleurs abdominales, amaigrissement, diarrhée. Masse du flanc droit.

2 juillet 1952 : grosse tumeur de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Ictère deux mois et demi plus tard.

Avril 1962 : deux selles par jour. Va très bien.

• OBS. N° 47 : Po... Virginie, 62 ans.

Depuis deux ans, soignée pour anémie. Tumeur iliaque droite diffuse.

13 novembre 1956 : énorme tumeur de l'ascendant adhérant à la paroi abdominale antérieure, à la loge rénale, au mésentère. Hémicolectomie « élargie ». Envahissement ganglionnaire distal seulement.

Décès le 12 février 1957.

• OBS. N° 48 : Qu... Jean, 82 ans.

Depuis plusieurs mois : météorisme, douleurs, masse iliaque droite.

12 mai 1960 : tumeur du bas-fond cæcal. Hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Avril 1962 : va très bien.

• OBS. N° 49 : Ra... Germaine, 67 ans.

Depuis six mois : crises douloureuses avec diarrhée. Tumeur du flanc droit.

23 février 1956 : grosse tumeur de l'ascendant. Hémicolectomie droite. Envahissement ganglionnaire proximal.

Suites : fièvre inexpliquée.

Décès le 6 novembre 1956 par récidive abdominale.

• OBS. N° 50 : Ri... Rose, 75 ans.

Un mois plus tôt : hémorragies, douleurs iliaques, constipation. Empâtement du flanc. Sub-occlusion.

23 octobre 1959 : tumeur de l'ascendant. Hémicolectomie droite. Envahissement ganglionnaire. Suites : phlébo-thrombose.

Décès le 31 octobre 1960, de cause non précisée.

• OBS. N° 51 : Ro... Adrienne, 81 ans.

Depuis sept mois : troubles du transit, amaigrissement. Masse du flanc droit.

27 novembre 1959 : énorme tumeur de l'angle droit, avec adhérence au foie. Hémicolectomie droite, avec résection hépatique partielle. Blessure opératoire de la veine mésentérique supérieure suturée.

Décès par collapsus le troisième jour.

• OBS. N° 52 : Ro... Marguerite, 51 ans.

Depuis deux mois : douleurs iliaques droites et augmentation de volume de l'abdomen. Ascite.

16 novembre 1956 : carcinose avec ascite à point de départ au niveau de l'ascendant.

Malade perdue de vue.

• OBS. N° 53 : Ro... Jean, 68 ans.

Depuis deux mois : diarrhée, hémorragies ; hypertendu ayant fait une hémiparésie gauche. Tumeur du flanc visible.

15 juin 1960 : tumeur de l'ascendant adhérant à la paroi, à deux anses grêles. Métastase épiploïque. Hémicolectomie droite « élargie ».

Avril 1962 : deux selles par jour.

• OBS. N° 54 : Sa... Francine, 65 ans.

Depuis peu de temps : douleurs abdominales, amaigrissement, fièvre.

Masse iliaque droite fixe.

20 septembre 1960 : grosse tumeur de l'ascendant, adhérant à la paroi antérieure. Hémicolectomie « élargie ».

Sept mois plus tard : occlusion du grêle sur bride, qui est sectionnée. On découvre une récidive locale devant les vaisseaux iliaques. On se contente d'une iléo-transversostomie.

Décès sept mois plus tard.

• OBS. N° 55 : Mme St..., 69 ans.

Amaigrissement. Tumeur iliaque droite.

3 janvier 1961 : tumeur cæcale. Hémicolectomie droite.

Malade non suivie.

• OBS. N° 56 : Mme Sa..., 78 ans.

Diarrhée sanglante, amaigrissement, masse iliaque droite.

16 juin 1960 : tumeur molle du bas-fond cæcal. Hémicolectomie droite. Suites : iléus transitoire le septième jour.

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence.

Avril 1962 : vient de mourir de congestion pulmonaire grippale.

• OBS. N° 57 : Se... Louis, 69 ans.

Un mois auparavant : crise colique.

30 juin 1954 : petite tumeur autour de la valvule de Bauhin. Hémicolectomie droite. Suites : phlébo-thrombose.

Avril 1962 : une selle par jour. Quelquefois, ballonnement abdominal le soir.

• OBS. N° 58 : Va... Raymond.

Depuis cinq mois : diarrhée quelquefois sanglante, amaigrissement, anémie.

Grosse tumeur iliaque droite.

23 février 1954 : énorme tumeur du transverse droit. Adhérence au pédicule mésentérique. Iléo-transversostomie.

Décès le 4 mai 1954.

• OBS. N° 59 : Vi... Yvonne, 62 ans.

Depuis plus de six mois : amaigrissement important, avec quelques troubles dyspeptiques. Masse iliaque droite.

16 juillet 1958 : énorme tumeur du cæcum. Hémicolectomie droite.

Novembre 1961 : réintervention pour éventration.

Avril 1962 : va très bien.

• OBS. N° 60 : Vi... Paul, 70 ans.

Depuis huit mois : amaigrissement, troubles du transit.

28 décembre 1956 : grosse tumeur cæcale avec envahissement postérieur massif et métastases hépatiques. Iléo-transversostomie.

Décès au dix-septième jour.

• OBS. N° 61 : Wa... René, 73 ans.

Depuis cinq mois : altération de l'état général et douleurs du flanc droit.

31 mai 1960 : volumineux cancer de l'angle droit adhérant au duodéno-pancréas. Iléo-transversostomie.

Réintervention au huitième jour pour péritonite par lâchage de suture.

Décès huit jours plus tard.

CONCLUSIONS

Notre travail se fonde sur 61 observations de cancers du côlon droit représentant la totalité des cas hospitalisés au Centre Médico-Chirurgical Foch, de 1952 à 1961, ou suivis dans la clientèle privée de notre Maître, le Docteur Alain MOUCHET.

Rappelons les données concernant le sexe et l'âge :

a) *Nette prédominance féminine :*
- 38 femmes, soit 62 % ;
- 23 hommes, soit 38 %.

b) *Fréquence plus grande de 70 à 79 ans :*
- de 20 à 29 ans : 1 (femme de 27 ans)
- de 30 à 39 ans : 1 (femme de 36 ans)
- de 40 à 49 ans : 4
- de 50 à 59 ans : 6
- de 60 à 69 ans : 17
- de 70 à 79 ans : 26
- de 80 à 89 ans : 6

Les différentes localisations se répartissent comme suit :
- Cæcum : 20
- Juxta-valvulaire : 4
- Ascendant : 20
- Angle droit : 12
- Transverse droit : 4

De plus, un malade présentait une double localisation : cæcum et transverse droit.

Sur le plan de la symptomatologie :

— 35 malades présentaient des douleurs abdominales, tantôt simple endolorissement avec sensation de ballonnement, ailleurs réalisant des crises coliques plus ou moins typiques.

— 42 accusaient un fléchissement de l'état général avec amaigrissement parfois impressionnant.

— 39 seulement présentaient des troubles du transit, surtout à type de diarrhée, plus rarement avec alternance de diarrhée et de constipation.

— 14 avaient présenté un saignement digestif macroscopique, le plus souvent sous forme d'une hémorragie de sang rouge, suivie de melœna.

— 3 malades étaient soignés médicalement depuis plusieurs mois pour anémie.

— 43 malades, enfin, étaient porteurs d'une tumeur palpable.

— 5 malades ont été vus en occlusion intestinale aiguë.

L'un d'entre eux avait présenté une appendicite aiguë authentique secondaire à une tumeur de l'angle droit.

L'intervention a consisté :

— 4 fois en une laparotomie exploratrice simple devant la découverte d'une carcinose.

— 16 fois en une iléo-transversostomie palliative devant la constatation d'une tumeur dont l'exérèse n'était pas possible ou souhaitable du fait de son envahissement loco-régional ou métastatique, avec 3 décès post-opératoires précoces. Chaque fois que l'exérèse a été possible, il n'a jamais été pratiqué de résection segmentaire, mais une hémicolectomie droite. Celle-ci a été faite en un temps dans 40 cas, en deux temps après iléo-transversostomie première dans 1 cas, soit un taux de résécabilité de 67 %. Sur ces 41 hémicolectomies, 32 ont été faites suivant la technique régulière sur une tumeur ne présentant aucun envahissement ni métastatique, ni ganglionnaire le long de l'axe mésentérique supérieur, ni local au niveau des organes voisins ou de la paroi. Les 9 autres hémicolectomies peuvent être considérées comme élargies. L'opérateur s'est trouvé obligé, dans ces cas, d'étendre l'exérèse. Sept fois, en passant dans la paroi abdominale ou la loge rénale ; 1 fois, en faisant une hépatectomie partielle ; 1 fois, en faisant une gastro-hémicolectomie droite en bloc et en enlevant de plus la vésicule et une pastille du troisième duodénum.

Envisageons maintenant les suites des hémicolectomies. La mortalité opératoire a été de 4 décès :

— 2 décès, par lâchage de suture dont un survenu après résection étendue du grêle pour infarctus mésentérique opéré le lendemain de l'hémicolectomie ;

— 1 décès, par collapsus au troisième jour, chez une femme de 81 ans qui avait subi en même temps une hépatectomie partielle ;

— 1 décès, par embolie pulmonaire, chez une femme de 78 ans.

Les suites opératoires des autres malades ont été dans l'ensemble relativement simples.

Rappelons cependant comme principales complications :

— une péritonite par déhiscence partielle de la suture, guérie par drainage et enfouissement de la désunion ;

— une petite fistule transitoire, survenue à la troisième semaine et guérie spontanément.

Sur 14 malades hémicolectomisés depuis plus de cinq ans, 6 sont actuellement vivants sans signes de récidive.

Sur ces 6 survivants, un seul avait présenté un envahissement ganglionnaire histologique.

Pour les 8 autres malades :

a) Les 2 qui ont subi une hémicolectomie élargie sont décédés quelques mois plus tard.

b) Des 6 derniers :

— 1 a été perdu de vue ;

— 1 est décédé d'occlusion trois mois plus tard ;

— 2, de récidive abdominale huit mois et neuf mois après l'intervention ;

— 2 autres, enfin, sont morts après des survies de quatre ans : l'un de métastases pulmonaires ; l'autre de métastases hépatiques.

Par rapport à nos statistiques, le cancer du côlon droit semble avoir un pronostic un peu plus défavorable que les autres cancers du côlon et du rectum (côlon gauche : statistique de MOUCHET et collaborateurs : 50 % de survie à cinq ans ; rectum : statistique de MOUCHET et collaborateurs : 45 % de survie à cinq ans pour les amputations abdomino-périnéales).

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
REDON

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BERTRAND et GILBERTAS. — Cancer du côlon droit. A propos de 70 observations personnelles (depuis 1931). (*Arch. Mal. App. Dig.*, octobre 1956, t. 45, n° 10, 298-302.)

BERTRAND, GUILLEMIN et SAUBIER. — Les réinterventions pour récidives après hémicolectomie droite pour cancer. (*Lyon Chir.*, juillet 1957, t. 53, 617-618.)

BIENAYMÉ (J.). — Le cancer du côlon droit. Son traitement (82 observations). (*Thèse*, Paris, R. Foulon impr., 1956, 137 p.)

FRANCILLON (J.), CHASSARD (J.-L.), TOMMASI (M.). — Cancers du côlon droit. (*Encycl. Méd. Chir.*, « Estomac, Intestin », t. II, 9068 A10.)

GALLAGHER (H.W.). — Hémicolectomie droite étendue. Traitement du cancer avancé de l'angle hépatique avec fistule duodéno-colique. (*Brit. J. of Surg.*, mai 1960, vol. 47, n° 206, 613-621.)

GILBERTSEN (V.A.). — Cancer du côlon. (*Surg.*, décembre 1959, vol. 46, n° 6, pp. 1027-1041.)

GINSBURG (L.), FREUND (S.), DREILING (D.A.). — Mortalité et principales complications dans les résections pour cancers coliques. (*Annals of Surg.*, 1959, t. 150, n° 5, pp. 913-928.)

GRIMOUD (M.), LAPEYRÈRE (J.), MALACAZE (A.). — Résultats thérapeutiques et pronostic des cancers du côlon droit. (A propos de 47 cas observés en six ans). (*Arch. Mal. App. Dig.*, octobre 1960, t. 49, n° 10, pp. 1386-1391.)

LOUBET (R.), FAURE (M.), LOUBET (Mme A.). — Métastase jéjunale d'un cancer du côlon droit. (*Arch. Mal. App. Dig.*, juillet-août 1960, t. 49, n° 7-8, pp. 1018-1020.)

LEIBOVICI (R.), SULTAN (R.), YOVANOVITCH (B.V.). — La colectomie dans les cancers coliques abcédés. (*Annales Chir.*, 1960, t. 14, n° 7-8, pp. 423-438.)

LOYGUE (J.), DUBOIS (F.). — Inconvénients des exclusions coliques et des anastomoses contre nature. Plaidoyer itératif à propos de 4 cas récents. (*Mém. Acad. Chir.*, 1962, t. 88, n° 6-7, pp. 234-238.)

N.B. : La thèse de Jean BIENAYMÉ contient une bibliographie détaillée jusqu'en 1955. Le lecteur trouvera ici quelques références depuis cette date.

MOSIMANN. — Risques opératoires de la chirurgie d'exérèse du côlon et du rectum. (*Helv. Chir. Acta*, novembre 1957, t. 24, n° 5, pp. 503-516.)

MUIR. — Diagnostic du cancer du côlon et du rectum. (*Brit. J. of Surg.*, juillet 1956, vol. 44, n° 183, pp. 1-7.)

— Résultats du traitement du cancer du côlon et du rectum. (*Brit. Med. Journal*, 29 septembre 1956, n° 4992, pp. 742-746.)

PEYCELON (R.) et GUILLEMIN. — Réflexions cliniques et thérapeutiques sur 50 cancers du côlon droit. (*Arch. Mal. App. Dig.*, juillet-août 1955, t. 44, n° 7-8, pp. 877-883.)

PEYCELON (R.) et REPLUMAZ. — Sur les cancers du côlon droit fistulisés dans l'intestin grêle. (*Lyon Chir.*, janvier 1959, t. 55, n° 1.)

QUÉNU (J.) et BIENAYMÉ (J.). — Cinquante hémicolectomies droites pour cancer. (*Annales Chir.*, mars 1957, vol. II, n° 5-6.)

REDON (H.). — Indications chirurgicales dans le traitement des cancers. pp. 213-215. (1 vol., Masson éd., 1962.)

SÉNÈQUE et CHATELIN. — Réflexions à propos de 40 cas de cancers du côlon droit. (*Jour. de Chir.*, janvier 1957, t. 73, n° 1, pp. 5 à 21.)

— Traité de thérapeutique chirurgicale. Tome III. Abdomen : parois, tube digestif. Cancer du côlon droit, pp. 519-532. (Masson éd., 1961.)

SMIDDY et GOLIGHER. — Résultats du traitement chirurgical du cancer du côlon. (*Brit. Med. J.*, 6 avril 1957, 5022, pp. 793-796.)

SNYDER (W.H. Jr) et GREANEY (E.M.). — Nouvelle étude du traitement du cancer du côlon droit chez les grands vieillards. Revue de 67 malades âgés de 70 à 9 ans. (*Ann. Surg.*, novembre 1959, t. 150, n° 5, pp .872-879.)

THOMERET (G.), DUBOST (Cl.) et VAILLANT (J.). — Traitement chirurgical des cancers compliqués du côlon. (*Ann. Chir.*, mars 1962, vol. 16, n° 5-6, pp. 307-314.)

ULIN (A.W.), EHRLICH (E.W.), SHOEMAKER (W.C.) et AZORSKY (J.). — A propos de 227 cas d'occlusion aiguë pour cancer du côlon. (*Surg. Gyn. Obst.*, mars 1959, vol. 108, pp. 267-271.)

WELTI (H.). — Chirurgie du côlon. (Masson éd., 1960.)

WILDER (T.C.), DOCKERTY (M.B.) et WAUGH (J.M.). — Etude clinico-pathologique des cancers occlusifs du côlon droit. (*Surg. Gyn. Obst.*, septembre 1961, vol. 113, n° 3, pp. 353-359.)

YOVANOVITCH. — Cancer du côlon droit (63 cas). (*Lyon Chir.*, janvier 1958, t. 54, n° 1, pp. 32-38.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 11

Anatomie pathologique 12

— *Le siège de la tumeur* 12
— *L'aspect macroscopique de la tumeur* 14
— *L'aspect microscopique de la tumeur* 15
— *L'envahissement cancéreux local* 15
— *L'envahissement métastatique* 16
— *L'envahissement lymphatique* 16
— *L'envahissement veineux* 17

Etiologie 18

— *Sexe* 18
— *Age* 18
— *Antécédents digestifs et facteurs prédisposants* 19

Les symptômes 20

— *Date du début clinique apparent* 20
— *La symptomatologie* 20

Les examens de complément 24

— *La recherche de sang dans les selles* 24
— *L'examen radiologique* 24

Le bilan pré-opératoire et la préparation médicale 27

— *Bilan diagnostique* 27
— *Bilan en vue du pronostic* 28
— *Antécédents généraux* 30
— *Préparation médicale pré-opératoire* 30

Le traitement chirurgical 31

— *Anesthésie et réanimation per-opératoire* 31
— *L'intervention chirurgicale technique* 31
— *Suites opératoires immédiates* 36
— *Conclusion* 40

Suites opératoires éloignées et survie 44

— *Les laparotomies exploratrices simples* 44
— *Les iléo-transversostomies* 44
— *Les hémicolectomies droites* 45

Les indications thérapeutiques 51

— *Tumeurs non compliquées* 51
— *Cancers en occlusion* 51
— *Cancers infectés* 52
— *Cancers perforés en péritoine libre* 52
— *Les tumeurs avancées* 52

Résumé des observations 53

Conclusions 65

Bibliographie 68

Imprimerie R. Foulon & Cie, 29, Rue Deparcieux, Paris XIVe